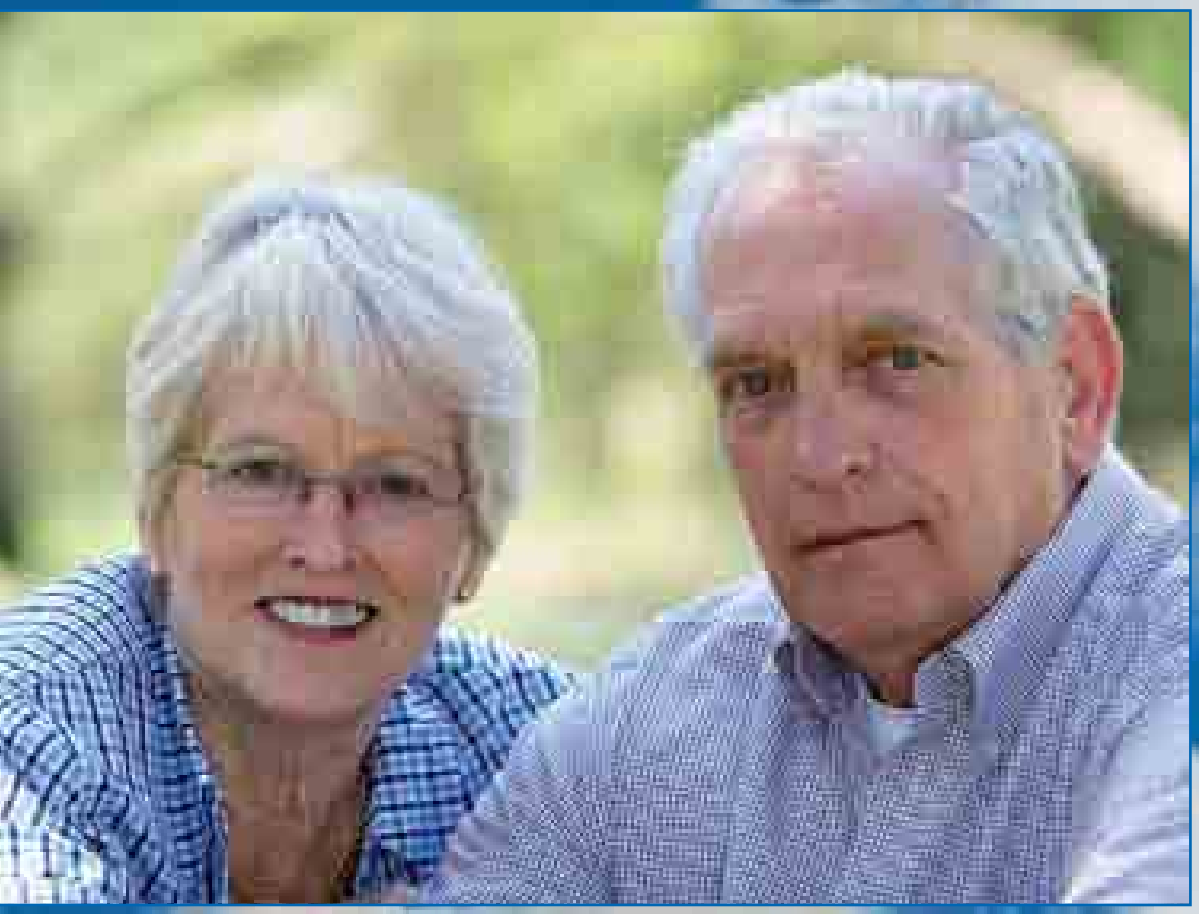
Frühjahr 2009

Luftpost

Zeitschrift für Atemwegskranke



Unsere Themen heute

Die Partner von COPD-Patienten

- Nothelfer und selbst betroffen

Compliance des Patienten

- Was fördert, was verhindert die „Therapietreue?“

Verzeichnis regionaler Selbsthilfe-gruppen auf den Seiten 47 und 49

Rehabilitationsklinik der Barmherzigen Brüder Bad Reichenhall

Fachklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane, Allergien, Stoffwechsel, Diabetes sowie internistische und orthopädische Begleiterkrankungen
Lehrklinik der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e. V.

Die Wohlfühlklinik für Körper, Geist und Seele

Bad Reichenhaller Alles-Inklusive-Kur

für folgende Indikationen:

- **Asthma bronchiale**
- **Chron. Bronchitis, COPD**
- **Lungenemphysem**
- **Allergien**
- **Einleitung oder Kontrolle einer Sauerstofftherapie**
- **Diabetes mellitus (Typ 1 und 2)**
- **Bluthochdruck**
- **Übergewicht**
- **Schlafstörungen (z.B. Abklären von Schnarchen)**
- **Erschöpfungszustände**
- **Männergesundheit**
- **Degenerative Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen**
- **Internistische und orthopädische Begleiterkrankungen**

Chefärztliche Koordination

Nutzen Sie die bewährte **„Bad Reichenhaller Alles-Inklusive-Kur“**, um sich während Ihres persönlichen „Kurlaubes“ im herrlichen Berchtesgadener Land mal wieder richtig verwöhnen zu lassen. Alle Leistungen inklusive – zum fairen Festpreis! Seit fast 90 Jahren ist unsere Klinik Inbegriff einer erfolgreichen Kur und Rehabilitation in Bad Reichenhall.

Viele Patienten leiden nicht nur unter einer einzigen, sondern an mehreren Erkrankungen. Eine gründliche, gewissenhafte Betreuung unserer Patienten ist für uns selbstverständlich. Unsere Fachärzte betreuen Sie umfassend, dies trifft auch für internistische und orthopädische Begleiterkrankungen zu.

Unsere beiden Häuser

Unsere Leistungen – Alle von unseren Ärzten verordneten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen inklusive!

- Übernachtungen in Komfort-Einzelzimmern mit Vollpension.
- Komplette fachärztliche Behandlung mit allen von unseren Ärzten verordneten Untersuchungen. Ihr Bonus: persönliche Koordination durch unseren Chefarzt.
- Folgende Anwendungen können verordnet werden: Apparat- und Rauminhalationen, Vibrationsinhalationen, Massagen, Moorpackungen, Medizinische Bäder, Kneippsche Güsse, Bewegungsbäder, Elektrotherapie, Einzel- und Gruppen-Krankengymnastik, Atemschule, Rückenschule, Nordic Walking, Computergesteuerte Trainingstherapie, Autogenes Training, Raucherentwöhnung, psycholog. Einzelberatung.

Spezialeinrichtungen:

Schlaflabor, Lehrklinik für Ernährungsmedizin, Lungenfunktions- und Herz-Kreislauf-Labor.

Die Wege zu uns:

- Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger oder der gesetzlichen Krankenkassen.
- Auch als Privatpatient sind Sie uns herzlich willkommen – unser Haus ist beihilfefähig.
- Ambulante Badekuren können Sie bei uns durchführen.
- Pauschale Gesundheitsaufenthalte (Bad Reichenhaller Alles-Inklusive-Kur).

Für nähere Auskünfte steht Ihnen unser Team in der **Patientenverwaltung** gerne zur Verfügung:

Telefon:
(0049) (0)8651 / 607 – 207

Fax:
(0049) (0)8651 / 607 – 209

Besuchen Sie uns im Internet:
www.barmherzige-brueder-reichenhall.de

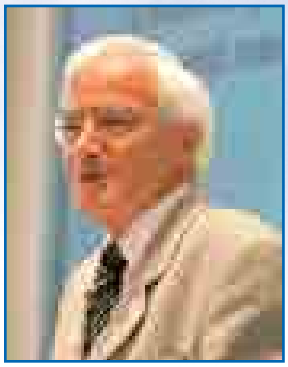
Besinnlichkeit in unserer Kapelle

Königssee - St. Bartholomä

Ramsau

Mozartstadt Salzburg

Liebe Leserin, lieber Leser,



Sie haben das Heft Frühjahr 2009 der „Luftpost – Zeitschrift für Atemwegskranke" aufgeschlagen und mit dem Lesen begonnen. Aber nicht nur Sie, sondern noch weitere 14.999 Leser haben ab dem Jahr 2009 die Möglichkeit, in dieser Ausgabe zu blättern. Die Auflage der „Luftpost" ist nämlich von 12.000 auf 15.000 Exemplare erhöht worden. Dies unter anderem deshalb, weil im Rahmen der bestehenden Kooperation die „Luftpost" künftig auch in den regionalen Gruppen der Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland verteilt wird.

Wenn Sie in Ihrem privaten Umfeld Verwandte, Bekannte, Freunde und/oder an Ihrem Arbeitsplatz Kolleginnen und Kollegen haben, von denen Sie wissen, dass sie selbst oder jemand in ihrem persönlichen Umfeld von einer chronisch obstruktiven (einengenden) Lungenerkrankung (COPD) oder einem Asthma bronchiale betroffen sein könnte, machen Sie sie auf die „Luftpost" aufmerksam oder bieten Sie sie ihnen zum Lesen an.

Einige prominente Personen bekennen sich selbstbewusst zu ihrem Asthma bronchiale – beispielsweise die Schwimmerin Sandra Völcker oder die Sängerin Kristina Bach. Ihre COPD-Erkrankung öffentlich zuzugeben scheuen jedoch die Prominenten, da diese häufig auf langjähriges Rauchen zurückzuführen ist und daher als selbstverschuldet angesehen wird. Umso mutiger ist der offene Umgang des Sängers Roland Kaiser mit seiner COPD. Im April 2009 erscheint sein Buch „Atempause".

Übrigens – die „Luftpost" wird trotz ihrer höheren Auflage schon wenige Wochen nach ihrem Erscheinen vergriffen sein. Wenn Sie sicher sein wollen, dass Ihnen keine „Luftpost" entgeht, abonnieren Sie Ihre „persönliche" Luftpost" für 7,50 Euro im Jahr. Einen heraustrennbaren Bestellzettel finden Sie auf der Seite 45.

Welche Beiträge enthält die Ihnen vorliegende „Luftpost"? Die einfachste Antwort wäre: „Viele!"; denn es gibt keine ganz überwiegend für Patienten konzipierte Zeitschrift in Deutschland, die so umfangreich über die Diagnose und die Behandlung der chronischen Atemwegserkrankungen COPD und Asthma bronchiale informiert wie die „Luftpost". Unser Dank gilt besonders den Autoren, die für Sie, den betroffenen oder den interessierten Leser, ihre Beiträge schreiben, ohne dafür ein Honorar zu erhalten.

Welche Beiträge zu welchen Themen finden Sie auf den folgenden Seiten? Wesentliche Schwerpunkte bilden, wie es sich aus dem Informationsbedarf unserer Zielgruppe zwangsläufig ergibt, die Bewältigung der COPD und der „dazugehörige" unverzichtbare Lungensport. Lesen und weitergeben sollten Sie beispielsweise den Beitrag über die „Compliance" – nur wer seine Medikamente regelmäßig einnimmt, verbessert dauerhaft seine Lebensqualität!

Aus meiner, zugegebenermaßen ganz persönlichen Sicht ist allerdings der Beitrag „Die Partner von COPD-Patienten" ein Meilenstein in der Geschichte der Selbsthilfeorganisationen für erwachsene Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen – insbesondere mit einer COPD, aber auch mit einem Asthma bronchiale. Die Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. und die Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland nehmen für sich in Anspruch, die besondere Rolle der Angehörigen bei der Betreuung ihrer erkrankten Partner, aber auch die daraus resultierenden Bedürfnisse der Angehörigen bei der Bewältigung ihrer häufig schwierigen, zum Teil auch belastenden Betreuungsaufgaben erkannt zu haben. Wir werden über diesen Problemkreis in den künftigen Ausgaben der „Luftpost" jeweils angemessen berichten. Ihre ganz persönlichen Anregungen zu diesem Thema sind uns sehr willkommen.

Sie sehen, auch und gerade diese „Luftpost", mit deren Lektüre Sie gerade begonnen haben, wird Ihnen wieder in vielerlei Hinsicht helfen, Ihre Atemwegserkrankung zu bewältigen und damit Ihre Lebensqualität zu verbessern.

Dr. rer. pol. Helmut Berck
Vorsitzender der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Anzeige

Sauerstoff-Langzeit-Therapie

Mobile Konzentratoren

FreeStyle
2 kg / Stufe 1-3

Inogen One
4,4 kg / Stufe 1-5

XPO2
2,9 kg / Stufe 1-5

EverGo
4,5 kg / Stufe 1-6

- ✓ für Spaziergang, Urlaub, Flugreise
- ✓ Demand-/Sparsystem
- ✓ Akku bis 8 Stunden
- ✓ Auto, Steckdose

Persönliche Einweisung - bundesweit!

O-zwei mobil 2.0
12 kg / Stufe 1-6
kontinuierlich 2 l/min

Eclipse
8,1 kg / Stufe 1-6
kontinuierlich 3 l/min

nur EUR 119,-

Pulsoximeter

Verkauf • Miete • Service

air-be-c Medizintechnik GmbH
Arminiusstraße 1 • 07548 Gera
Telefon (0365) 81 05 32
Telefax (0365) 730 16 19 • info@air-be-c.de

Urlaubs-versorgung

www.sauerstoffkonzentrator.de

Inhalt

Zentraler Beitrag: Partner
Die Partner von COPD-Patienten • Nothelfer und selbst betroffen 6

Zentraler Beitrag: Compliance
Compliance des Patienten • Was fördert, was verhindert die „Therapietreue"? 11

Ihr Arzt informiert
Wie kann man eine COPD frühzeitig erkennen? 16
Exazerbation – was ist dagegen zu tun? 18
COPD – die verdrängte Volkskrankheit 19

Lungensport
Zehn Jahre AG Lungensport in Deutschland e.V. 22
Sonderlehrgänge Fachübungsleiter Rehabilitationssport Innere Organe 24

Das Interview
Die Umwelt beginnt im Wohnzimmer • Interview mit Dr. med. Andreas Hellmann, Vorsitzender des Bundesverbandes der Pneumologen 25

Patienten fragen – Experten antworten 27

Gesundheit und Erholung
Verreisen mit einer chronischen Atemwegserkrankung • Was ist dabei zu beachten? 29
Was müssen sauerstoffpflichtige Patienten bei Flugreisen beachten? 32

Zu Ihrer Information
Asthma besser unter Kontrolle • Patienten schätzen das DMP „AOK-Curaplan Asthma" – aber viele Teilnehmer überprüfen die Funktion ihrer Lunge zu selten 34
Chronischer Husten als Belastung für den Beckenboden • Neuerscheinung des Buches: „Beckenboden der Frau und des Mannes: verstehen – wahrnehmen – aktiv trainieren" 36

Kongress-Rückblick
Symposium Lunge 2008 – ein außergewöhnlicher Erfolg 37

Wichtige Termine
Das Symposium Lunge 2009: COPD und Lungenemphysem • Welches sind die entscheidenden Therapiesäulen? Von der Prophylaxe bis zur operativen Behandlung 44
Weitere Termine 44

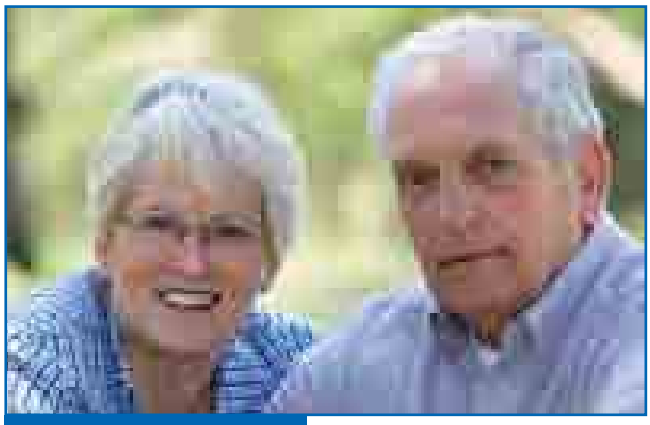
Selbsthilfe
Dank an Krankenkassen 45
Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. jetzt Mitglied im Deutschen Lungentag e.V. 46
Ortsverbände der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. 47
Regionale Gruppen der Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland 49

Abonnement der „Lufpost – Zeitschrift für Atemwegskranke" 46

Impressum 51

Überblick

Die Partner von COPD-Patienten



ab Seite 6

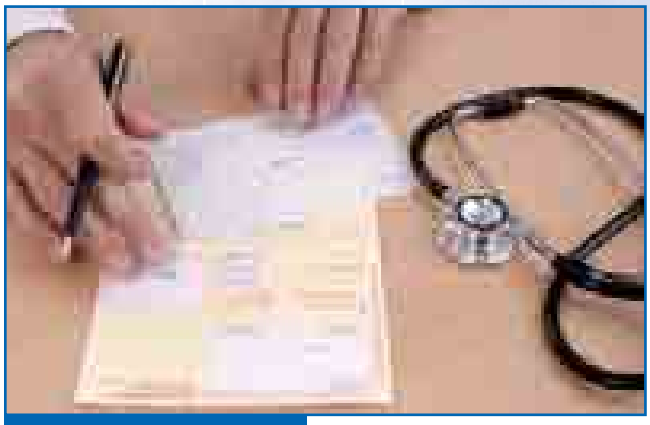
Ist ein Mensch von einer chronischen Erkrankung – wie beispielsweise der chronisch obstruktiven Bronchitis (COPD) – betroffen, richtet sich fortan viel Aufmerksamkeit auf ihn: ein Arzt ermittelt und überwacht die passende Therapie, in einer Lungensportgruppe wird seine körperliche Belastbarkeit verbessert, eine Selbsthilfeorganisation bietet Information und den Austausch mit ebenfalls Erkrankten.

Doch ein anderer Mensch, der von der Krankheit ebenso „betroffen" ist, gerät unter Umständen ins Abseits: der Partner des COPD-Kranken. Ist die COPD soweit fortgeschritten, dass der Erkrankte bei alltäglichen Verrichtungen Hilfe benötigt, ist es sein Partner, der diese leistet. Der gesunde Partner hält die Wohnung in Ordnung, er geht einkaufen, kocht und wäscht. Ist der Kranke arbeitsunfähig, muss der Gesunde gegebenenfalls den Verdienstausfall durch eigene Erwerbstätigkeit ausgleichen. Ist der kranke Partner durch zunehmende Immobilität gezwungen, die meiste Zeit in der Wohnung zu verbringen, bleibt der gesunde Partner häufig bei ihm.

Doch für ihn gibt es in der Regel keine Hilfe von Dritten: Hilflos erlebt er die Atemnotanfälle des Partners. Die Mehrarbeit im Alltag erschöpft ihn und zehrt ihn aus. Auch seine Lebensplanung ist zerbrochen, doch mit wem soll er seinen Kummer besprechen? Manchmal bewirken Überforderung und Isolation, dass der vormals gesunde Partner ebenfalls erkrankt, beispielsweise am Burnout-Syndrom.

Die „Luftpost" will nun auch den Partnern eine Plattform geben und wird daher eine eigenständige Rubrik „Partner von Atemwegskranken" einrichten. In einem ersten einleitenden Artikel beschreiben der „Luftpost"-Verleger Frank Laschinski und Dr. rer. pol. Helmut Berck, Vorsitzender der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V., die Situation der Partner von COPD-Patienten und stellen die Frage, welche Angebote von Selbsthilfeorganisationen entwickelt werden können.

Compliance des Patienten



ab Seite 11

Die Grundvoraussetzung für den Heilerfolg insbesondere bei chronischen Erkrankungen, also auch bei chronischen Atemwegserkrankungen, ist die sogenannte „Compliance" des Patienten, in der Regel übersetzt als „Therapietreue".

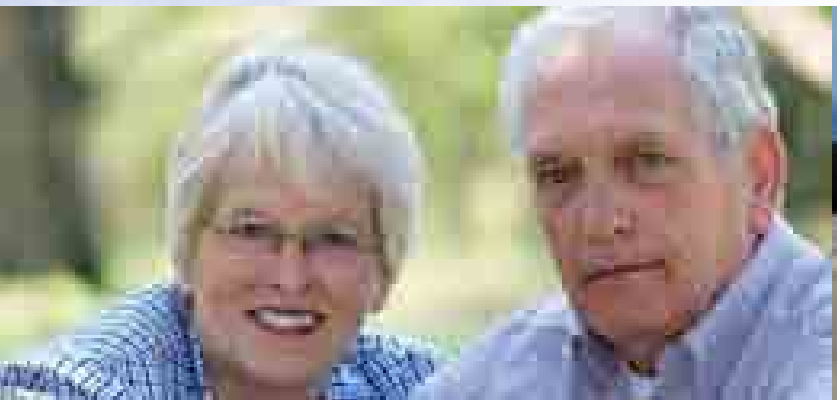
Professor Dr. med. Rainer W. Hauck vom Kreiskrankenhaus in Bad Reichenhall führt in seinem Beitrag aus, was durch Compliance erreicht werden soll: dass der Patient seine abgesprochenen Termine einhält, dass er seine Medikamente – wie vereinbart – einnimmt, dass er belastende Schadstoffe (Rauchen!) meidet und dass er gegebene Empfehlungen beachtet.

Das Erreichen dieser Ziele kann beispielsweise durch folgende Faktoren günstig beeinflusst werden: Der Patient weiß über seine Erkrankung Bescheid. Er weiß, welche Medikamente wie wirken. Er hat die innere Bereitschaft zur Therapie. Die nötigen therapeutischen Maßnahmen lassen sich leicht durchführen. Der Patient ist in der Lage, die Erfolge der Therapie wahrzunehmen.

Um diese Faktoren überhaupt entstehen zu lassen, muss aber das Verhältnis zwischen Arzt und Patient „stimmen", es muss partnerschaftlich geprägt sein. Mit einem „Gott in Weiß" lässt sich allerdings kein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient aufbauen.

Daher sollte der Arzt dem Patienten die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten in verständlichen Worten erläutern und die Entscheidung über die letztlich anzuwendende Therapie mit ihm gemeinsam treffen. Er sollte durch positive Beispiele anderer Fälle den Patienten motivieren.

Auch in der Folge sollte er sicherstellen, dass der Patient sein Inhalationsgerät richtig bedienen kann. Wenn der Patient seine Erkrankung „im Griff" hat, hat er keinen Grund, an der Wirksamkeit seiner Medikamente und damit an der Richtigkeit der Diagnose und der vereinbarten Therapie zu zweifeln. Denn der wichtigste Faktor, der Compliance nachhaltig schafft, ist der Erfolg der Therapie.



Betroffen von einer chronischen Erkrankung sind nicht nur die Kranken selbst, sondern stets auch ihre Partner.

Die Partner von COPD-Patienten

Nothelfer und selbst betroffen

Wenn Menschen an einer chronisch obstruktiven Bronchitis (COPD) erkrankt sind, ist dies für sie – je nach Schweregrad – mit massiven Einschränkungen und mit einem Verlust an Lebensqualität verbunden. Die körperliche Belastbarkeit wird deutlich herabgesetzt. Beruflicher Tätigkeit kann – je nach Berufsbild – nur noch bedingt oder gar nicht mehr nachgegangen werden. Dies führt möglicherweise zum Verlust einer sinngebenden Aufgabe, auf jeden Fall aber zu einer Kürzung der zur Verfügung stehenden Geldmittel. Die mit der Krankheit verbundene Mobilitätseinschränkung kann, unter Umständen bedingt durch eine ungünstige Wohnsituation, die Kranken dazu zwingen, zu Hause zu bleiben und soziale Kontakte aufzugeben. An den Verrichtungen im Haushalt, wie Wäsche waschen, Kochen oder Staubsaugen, können sie sich nicht mehr oder nur mit Mühe beteiligen. Das morgendliche Waschen und Ankleiden sowie Toilettengänge fallen den COPD-Patienten in fortgeschrittenem Stadium schwer, teilweise benötigen sie auch hierbei Hilfe.

Stets mitbetroffen von diesen Einschränkungen sind die Partner von COPD-Erkrankten. Gegebenenfalls müssen sie den Einkommensausfall durch eigene Erwerbstätigkeit ausgleichen. Die Hausarbeiten bleiben fast ausschließlich an ihnen hängen und auch ansonsten müssen sie den Kranken häufig zur Hand gehen. Hinzu kommen die Sorge und die Hilflosigkeit, mit denen sie die Atemnot und die Verschlechterungen im Krankheitsbild der Partner beobachten. Im Mittelpunkt der Außenwahrnehmung stehen aber nicht sie, sondern die Patienten. Studien haben ergeben, dass die eigene Lebensqualität (abgefragt wurden beispielsweise Zukunftsangst, Depressivität oder Geldsorgen) von den pflegenden Angehörigen häufig als schlechter bewertet wird als von den Kranken selbst.

Beginnend mit diesem einführenden Artikel sollen die Partner von COPD-Betroffenen in der „Luftpost" jetzt und zukünftig Beachtung finden. Ihre Probleme sollen thematisiert werden, Hilfen sollen aufgezeigt oder Hilfsangebote entwickelt werden. Für die Mitwirkung unserer Leser sind wir offen und dankbar, sei es als Fragen oder Themenwünsche, als Erfahrungsberichte oder auch durch persönliches Engagement, um eine Angehörigengruppe zu gründen. Doch hierzu später mehr.

Einige Gedanken und Grundlagen für diesen Beitrag sind dem Buch „Mein Partner ist krank – und wo bleibe ich?" entnommen, das von Dr. Susanne Krejsa und Jan-Hinnerk Jacke verfasst wurde und 2007 im Goldegg Verlag, Wien, erschienen ist. In diesem teilweise sehr persönlich formulierten, aber manchmal etwas unstrukturiert wirkendem Buch stehen das Gefühlsleben und das innere Erleben der Angehörigen im Vordergrund.

Probleme im Umgang mit der Erkrankung

Im Rahmen der Patientenveranstaltung „Symposium Lunge 2008" in Hattingen fand in einem Nebenraum der Workshop „Angehörige von COPD-Patienten treffen sich zum Erfahrungsaustausch" statt. Gefragt nach den konkreten Sorgen und Problemen, ergab sich bald das Bild, dass die Situation der Angehörigen stark durch ein Gefühl der Hilflosigkeit ihren kranken Partnern und deren Krankheit gegenüber geprägt ist. Eine Frau berichtete, dass ihr Mann fast täglich seine Atemnotanfälle mit dem Ausruf „Jetzt sterb' ich!" kommentiert. „Wie soll ich das einschätzen? Wie soll ich damit umgehen?", fragte sie in die Runde.

Ganz grundsätzlich muss zunächst gefragt werden, ob denn der jeweilige COPD-Patient medizinisch gut versorgt ist. Hat er den „richtigen" Arzt? Sympathie reicht hier nicht aus. Hat der Arzt dem Patienten und dem Partner die Krankheit und ihren Verlauf erklärt? Hat er die

Wirkunsgweise der Medikamente erläutert? Ist (gegebenenfalls von einer Sprechstundenhilfe) die richtige Handhabe des Inhaltionsgerätes eingeübt worden, wird hier regelmäßig überprüft, ob sich nicht Fehler eingeschlichen haben? Existiert ein Notfallplan? Hat der Arzt auf die Vorzüge des Lungensports hingewiesen? Wenn diese Fragen nicht alle mit „Ja" beantwortet werden können, sollte ernsthaft über den Besuch eines anderen Arztes nachgedacht werden, optimalerweise eines Pneumologen, eines Lungenfacharztes. Ist ein COPD-Betroffener in der Behandlung des „richtigen" Arztes, wird auch sein Partner beruhigter sein können.

Doch auch die Partner sollten die Medikamente und ihre Wirkunsgweise kennen, um bei einem Atemnotanfall als „Ersthelfer" richtig reagieren zu können. Die Deutsche Atemwegsliga e.V. hält ein Formular eines COPD-Notfallplans bereit (auch online bei www.atemwegsliga.de unter „Infomaterial" siehe Flyer 09), in das der Arzt die individuell ausgewählten Medikamente einträgt, die dann inhaliert werden müssen. Dies sind kurz-/schnellwirksame Medikamente, die die Atemwege erweitern (Betamimetika oder Anticholinergika). Die Partner sollten auch beurteilen können, ob die Betroffenen das Medikament richtig inhalieren (Oberkörper gerade, Kopf leicht nach hinten geneigt). Anschließend sollten sie darauf achten, dass die Kranken eine atemerleichternde Körperhaltung einnehmen (Kutschersitz) und bei der Atmung die Lippenbremse einsetzen. Die Telefonnummer des Arztes sollte für den Notfall am Telefon vermerkt oder eingespeichert sein.

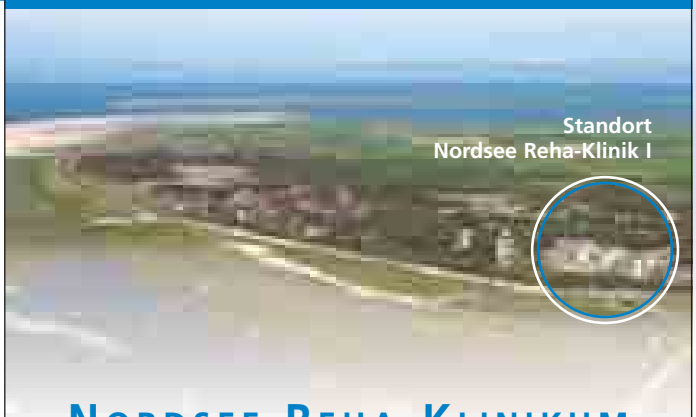
Auf dem Workshop für Angehörige in Hattingen beklagte die Frau eines COPD-Kranken dessen Untätigkeit. Sie könne nicht einschätzen, inwiefern sein Herumsitzen durch die Krankheit bedingt sei. In der Tat können den Betroffenen die alltäglichsten und grundsätzlichsten Verrichtungen, wie Körperpflege und Ankleiden, schwer fallen. Doch durch einfache Veränderungen und Maßnahmen können hier ganz leicht Entlastungen für die Kranken und ihre Partner erreicht werden. Im Folgenden werden einige Vorschläge aufgelistet.

Erleichterungen bei der Morgentoilette:

- Die Betroffenen sollten beim Zähneputzen (und Rasieren) auf einem Stuhl sitzen.
- Beim Duschen sollte ein Badehocker verwendet werden.
- Der Duschkopf sollte in der Hand gehalten werden können.
- Wasserzufuhr/-stopp sollte am Duschkopf geregelt werden können (wassersparender Duschkopf).
- Zum Abtrocknen sollte ein Bademantel eingesetzt werden – einfach anziehen.

Anzeige

ANKOMMEN UND DURCHATMEN!



NORDSEE REHA-KLINIKUM
ST. PETER-ORDING, KLINIK I

FACHKLINIKUM FÜR PNEUMOLOGIE/AHB,
DERMATOLOGIE, PSYCHOSOMATIK,
ORTHOPÄDIE/TRAUMATOLOGIE, HNO/TINNITUS

Herzlich willkommen im Zentrum für Präventiv- und Rehabilitationsmedizin, eingebettet in eine der schönsten Naturregionen Deutschlands, an der Nordseeküste Schleswig-Holsteins. In den Kliniken I und II nutzen wir die Heilkraft der Nordsee für unsere Anwendungen. Der pneumologische Schwerpunkt befindet sich in der Klinik I, die direkt am Deich gelegen ist. Unser Motto lautet: Ankommen und durchatmen!

Schwerpunkte im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation:

- COPD
- Asthma bronchiale
- Bronchialkarzinom
- Mukoviszidose bei Erw./ Cyst. Fibrose (CF)
- Fibrosierende Lungenerkrankungen

Lielje GRUPPE
Nordsee Reha-Klinikum St. Peter-Ording
Nordsee Kliniken

Alle Zimmer sind mit Dusche, WC, Fernseher, Telefon und größtenteils Balkon ausgestattet. Darüber hinaus ist ein Internetanschluss verfügbar. Nutzen Sie kostenlos unser Meerwasser-Thermalschwimmbad, Sauna, moderne Trainingsmöglichkeiten u.v.m.

EQR

Für weitere Informationen wählen Sie bitte unsere kostenlose Service-Telefonnummer oder fordern Sie bitte unseren Hausprospekt und den Patientenratgeber Pneumologie an.

Nordsee Reha-Klinikum St. Peter-Ording, Nordsee Klinik I
Fritz-Wischer-Str. 3 · 25826 St. Peter-Ording
Kostenlose Service-Tel.: 08 00 / 7 87 38 37 (08 00 / S TP ET ER)
www.rehaklinik.de

Günstigere Kleidung verwenden:
- Einengende Kleidung sollte vermieden werden. Männer müssen nicht immer Krawatten tragen.
- Für Frauen sind Socken/Strümpfe günstiger als Strumpfhosen.
- Für Männer sind Hosenträger günstiger als Gürtel.
- Slipper sind besser als Schnürschuhe.

Erleichterungen beim Ankleiden:
- Abends schon sollte die Kleidung für den nächsten Tag bereit gelegt werden.
- Die Betroffenen sollten sich im Sitzen ankleiden.
- Die Unterhose und die Überhose können gemeinsam angezogen werden.
- Beim Anziehen der Schuhe kann ein Schuhlöffel verwendet werden.

Grundsätzlich gilt: Je selbstständiger die Kranken im Alltag sein können, desto entlasteter sind ihre Partner. Größere Selbstständigkeit lässt sich natürlich nicht nur mit den gerade genannten kleinen Tricks erreichen, sondern auch mit einem Überdenken der Wohnsituation generell:
- Wo liegt die Wohnung? Liegt sie „weit ab vom Schuss"? Gibt es einen eigenen Autostellplatz direkt am Haus? Sind ein Geschäft, eine Gaststätte, eine Parkanlage, eine Bushaltestelle auch für in ihrer Mobiltät eingeschränkte Personen fußläufig erreichbar?
- Befindet sich die Wohnung im Erdgeschoss? Oder gibt es einen Aufzug?
- Wie ist die Wohnung geschnitten? Verläuft sie über mehrere Etagen? Sind wichtige Wohnbereiche wie Bad, Küche und Schlafzimmer weit voneinander entfernt? Gibt es im Bad nur eine Badewanne und keine Dusche?
- Könnte der Kranke durch einen Wohnungswechsel größere Selbstständigkeit erlangen?

Sauerstofflangzeittherapie ermöglicht unter Umständen ebenfalls mehr Eigenständigkeit. Dieses Thema sollte mit dem Arzt besprochen werden. Ein mobiler Flüssigsauerstoffbehälter oder ein mobiler Sauerstoffkonzentrator sind kleine Geräte, die in einer Handtasche über der Schulter getragen werden können. Des Weiteren könnte über Hilfsmittel nachgedacht werden, die den Alltag für die Kranken, und somit auch für die Partner, deutlich vereinfachen können. Dies sind beispielsweise der schon angesprochene Badehocker, ein Toilettenaufsatz, eine Gehhilfe beziehungsweise ein Rollator. Ein Gespräch mit dem Arzt ist auch hier der erste Schritt, da dieser die Geräte später auch verschreiben muss.

In diesem ersten Teil des Beitrags wurde bisher über Maßnahmen gesprochen, die den Alltag von COPD-Kranken und ihren Partnern stabilisieren, neu organisieren und damit erleichtern können. Hierzu kann auch die Nutzung von Hol- und Bringdiensten einzelner Anbieter (beispielsweise Apotheken, Getränke- und Lebensmittelhändler) oder auch „Essen auf Rädern" beitragen. Es muss aber in diesem Zusammenhang noch gefragt werden, ob denn alle Mehrabeiten, die durch die Krankheit entstanden sind, ausschließlich von den Partnern übernommen werden müssen oder ob es noch weitere Angehörige gibt (Geschwister, Kinder), die mit der Übernahme einiger Aufgaben in die Pflicht genommen werden können. Wenn die Partner der COPD-Patienten selbst älter und/oder gesundheitlich eingeschränkt sind, kann über die Bestellung eines Pflegedienstes, zum Beispiel zur Hilfe beim morgendlichen Ankleiden, nachgedacht werden.

Doch vor allem diese zuletzt genannten Themen werden von den Betroffenen – Kranken und Partnern – möglichst lange – manchmal zu lange – weggeschoben. Doch dieses Wegschieben kann gravierende Konsequenzen haben, die die Partner häufig stärker treffen als die Kranken.

Probleme, die sich für die gesunden Partner ergeben können

Durch das Auftreten einer chronischen Erkrankung, die den Alltag stark und belastend verändert, zerbricht nicht nur die Zukunftsplanung der Erkrankten, sondern auch die ihrer Partner. Vieles ist nun nicht mehr möglich und wird auch nie mehr möglich sein – zumindest nicht gemeinsam als Paar. Die gesunden Partner könnten alles, was sie sich vorgenommen haben, noch erreichen, allerdings alleine oder mit einem anderen, gesunden Partner. So liegt laut einer Studie die Scheidungs- und Trennungsrate bei Paaren mit einem gesunden und einem chronisch kranken Partner auch höher als bei zwei gesunden Partnern. Doch die meisten bleiben in ihrer Beziehung und lassen sich auf die völlig veränderte Paarsituation ein.

Die neuen Aufgaben, die die gesunden Partner übernehmen, werden von diesen in der Regel nicht grundsätzlich als mühevolle Belastungen empfunden. Eine Umfrage ermittelte den „Nutzen", den „pflegende Angehörige" durch ihre Rolle gewinnen können. Es wurde eine Steigerung der eigenen Selbstachtung beschrieben, ein Gefühl von Stolz darauf, diese Aufgabe übernommen zu haben und sie bewältigen zu können. Die notwendige starke Strukturierung des Tages wurde positiv bewertet. Zu den kranken Partnern wurde eine wachsende Nähe und Verbundenheit empfunden.

Doch aus dieser hier beschriebenen Identifikation mit der übernommenen Rolle kann eine Gefahr erwachsen. Kurz nach Eintritt der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit und in der ersten Phase der Anpassung des Alltags an die Krank-

heit, ist alles neu und „einzigartig". Was in der Zukunft geschehen wird, ist nicht bekannt und nicht absehbar. Gerade an diesem Beginn werden häufig Planungsfehler gemacht, die dann später nur schwer korrigiert werden können. Die Aufgabe, die hier für die gesunden Partner definiert wird, ist oft zu groß für sie, eine Überforderung in der Zukunft ist wahrscheinlich. Auch wenn beispielsweise die Wohnung ungünstig ist und die Kranken isoliert, auch wenn die gesunden Partner noch berufstätig sind, überwiegen die – häufig emotionalen – Gründe, an der bestehenden Situation nichts zu verändern, zumal diese beherrschbar scheint. Andere Angehörige werden nicht mit einbezogen, nicht zuletzt, weil von dieser Seite vielleicht kein eigenes Angebot kommt. Und Fremde sollen in die eigene Privatsphäre nicht eindringen.

Verkannt wird häufig bei einer solchen Alltagsgestaltung, dass die Krankheit COPD zwar phasenweise gut zu beherrschen ist, aber akute Verschlechterungen (sogenannte Exazerbationen) jederzeit möglich sind. „Die Exazerbation ist der Herzinfarkt der COPD-Betroffenen", heißt es. Der Gesamtzustand der Kranken wird sich im Laufe der Jahre daher wahrscheinlich eher verschlechtern als verbessern. Und auch die gesunden Partner verkennen vielleicht, dass sie mit zunehmendem Alter weniger belastbarer und für Krankheiten anfälliger werden.

Wenn die ersten Situationen auftreten, in denen die gesunden Partner überfordert mit der Bewältigung des Alltags sind, ist es von größter Wichtigkeit, dies auch zu erkennen, es ernst zu nehmen und dagegen zu steuern, indem beispielsweise Aufgaben auf andere Schultern verteilt oder in eine altersgerechte Wohnung umgezogen wird. Leider reagieren viele (noch) gesunden Partner jedoch in diesem Augenblick gegenteilig: Sie verstärken Ihren Einsatz, bezichtigen sich selbst nachlässig zu sein und wollen ihre kranken Partner beispielsweise in intimen Situationen nicht an Dritte ausliefern.

Das ernsthafte Störungsbild, das sich hieraus bei den Partnern der Kranken entwickeln kann, heißt „Burnout", Ausgebrannt-Sein. Der Psychoanalytiker Herbert Freudenberger hat den Burnout in zwölf Stadien beschrieben. Von der oben genannten Situation ausgehend sind dies unter anderem: Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, Verdrängung von Konflikten, Umdeutung von Werten (die Aufgabe ist wichtiger als Freunde und Hobbies), Rückzug, Verhaltensänderungen, innere Leere, Depressionen, völlige Burnout-Erschöpfung.

Die Ursache eines Burnouts sind nicht die äußeren Umstände! Die Ursache eines Burnouts ist der falsche Umgang mit äußeren Situationen!

Probleme, die sich in der Partnerschaft ergeben können

Auf dem schon mehrfach erwähnten Workshop für Angehörige in Hattingen sagte eine Frau: „Ich bin eigentlich ein unternehmungslustiger Mensch. Aber wenn ich meinen Mann alleine zu Hause zurücklasse, habe ich ein schlechtes Gewissen." Der kranke und der gesunde Partner nehmen in ihrer Beziehung völlig unterschiedliche Rollen ein. Der Gesunde kann seinem Beruf und/oder seinen Hobbies nachgehen, der Kranke muss untätig zu Hause bleiben.

Aus einer solchen Ausgangslage heraus kann sich eine Situation entwickeln, die Familientherapeuten als „Krank-

Anzeige

heitsfalle“ bezeichnen. Die Kranken setzen ihre Erkrankung als Mittel ein, um ihren Willen durchzusetzen, beispielsweise indem sie den Gesunden – direkt oder subtil – Egoismus vorwerfen. Die Gesunden entwickeln ein Schuldgefühl und lassen sich dadurch manipulieren. Außenstehenden fallen diese Mechanismen häufig eher auf als den Partnern selbst.

In Planung: Gesprächsgruppen von COPD-Angehörigen

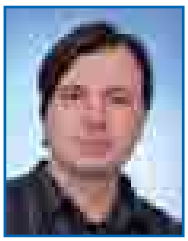
Die Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. und die Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland unterhalten bundesweit zusammen genommen etwa 70 Ortsverbände beziehungsweise regionale Gruppen (Verzeichnis siehe ab Seite 47). Hier können sich erwachsene Patienten mit Atemwegserkrankungen, auch insbesondere an von einer COPD Betroffene, untereinander austauschen und sich durch selbst organisierte Vorträge Wissen über ihre Erkrankung und deren Behandlung aneignen. Die meisten von ihnen werden bei diesen Treffen, die in der Regel monatlich stattfinden, von ihren Partnern begleitet. In beiden Organisationen gibt es in der letzten Zeit nun Überlegungen, zusätzlich zu den Patientengruppen Angehörigengruppen zu gründen, die entweder gleichzeitig in einem separaten Raum oder zu einem anderen Zeitpunkt zusammentreffen.

Die Partner sind keine Anhängsel der Patienten und sie sind auch keine kostenlosen, aber besonders engagierten Pfleger und Versorger ihrer Kranken. Die geplanten Angehörigengruppen sollten auch nicht dem Zweck dienen, die Partner zu noch besserem „Hilfspersonal“ auszubilden. Natürlich liegt es in der Natur der Sache, dass alle am Wohlergehen ihrer jeweiligen Partner interessiert sind und ihren Teil dazu beitragen. Aber wie weiter oben ausgeführt wurde, dient es ursächlich der Verbesserung der Lebensqualität auch der gesunden Partner, wenn sie die COPD-Betroffenen in wirklich fachkundigen ärztlichen Händen wissen, wenn sie das Wissen besitzen, in Atemnotanfällen sicher und ohne Zweifel die ersten Hilfsschritte einzuleiten und wenn das jeweilige Paar gemeinsam Überlegungen anstellen kann, wie das Lebensumfeld besser zu organisieren und einzurichten ist, damit alle Beteiligten Erleichterungen hierdurch erfahren. Maßnahmen in dieser Richtung könnten in Angehörigengruppen erarbeitet werden.

Schwere psychische Erkrankungen, wie das Burnout-Syndrom im fortgeschrittenen Stadium und Depressionen, bedürfen professioneller Betreuung durch Psychologen. Laiengruppen, wie sie hier geplant werden, können hier nicht das ausschließliche Hilfsangebot für diese Betroffenen darstellen. Aber sie können vielleicht verhindern, dass es soweit kommt! Wie gesagt, die Weichen für zukünftige Überforderungen der Angehörigen werden relativ schnell, nachdem der COPD-Betroffene einen Zustand der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit erreicht hat, gestellt. Diese falschen und auch die richtigen Weichenstellungen, die auf einer realistischen Einschätzung der Zukunft beruhen, müssten in den Angehörigengruppe besprochen werden, denn dieses Wissen wird in solchen Gruppen in großem Umfang vorhanden sein! Tritt eine Überforderung von Partnern ein, ist es wichtig, dass sie diese als Überforderung erkennen und nicht als Fehler werten. Auch hier können diese Gruppen helfend wirken.

Auch ungute Entwicklungen im Zusammenleben der Partner können in Angehörigengruppen thematisiert werden. Auf der Basis des Vertrauens, dass allen das Wohl des jeweiligen Partners am Herzen liegt, wird es möglich sein, „Krankheitsfallen“ zu vermeiden oder es muss und wird Lösungen geben, die aus ihnen wieder herausführen.

Frank Laschinski, Leichlingen
Verleger der Zeitschrift „Luftpost“



Dr. rer. pol. Helmut Berck, Mainz
Vorsitzender der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Anzeige

LEBEN GESTALTEN
DIAKONIE NEUENDETTELSAU

Rangauklinik Ansbach

In klimatisch günstiger Lage (423 Meter ü.M.) behandeln wir Patienten, die an Erkrankungen der Lunge, der Brust oder des Magen-Darm-Traktes leiden.

Darüber hinaus sind wir spezialisiert auf die Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen. Unser Schlaflabor ist mit 7 modern eingerichteten Einzelzimmern ausgestattet.

Die individuelle Betreuung, auch nach der stationären Entlassung, erfolgt in unserer Klinik und durch das Atem-Zentrum Ansbach.

Wir bieten neben physiotherapeutischen Möglichkeiten und dem modernen Bewegungsbad auch Sauna, Lehrküche und Ernährungsberatung.

Rangauklinik Ansbach
Fachklinik und Rehabilitationsklinik für Pneumologie / Allergologie / Onkologie
Strüth 24 · 91522 Ansbach
Tel. (0981) 840-0 · Fax (0981) 840-200
info@rangauklinik.de · www.rangauklinik.de

Compliance meint nicht nur die Treue zur vereinbarten Therapie, sondern auch die Treue des Patienten zum behandelnden Arzt.

Compliance des Patienten

Was fördert, was verhindert die „Therapietreue"?

Die Grundvoraussetzung für den Heilerfolg insbesondere bei chronischen Erkrankungen, also auch bei chronischen Atemwegserkrankungen, ist die sogenannte „Compliance" der Patienten.

In dem folgenden Beitrag wird in den Begriff der „Compliance" nicht nur die Treue des Patienten zur vereinbarten Therapie, sondern auch die Treue zum Therapeuten, also dem behandelnden Arzt, eingeschlossen. Die Identifikation des Patienten mit der Heilmethode seiner individuellen Erkrankung und mit seinem Arzt und die daraus resultierende innere Bereitschaft, seinen Beitrag zum Therapieerfolg zu leisten, führen daher zur Compliance, wie sie in den folgenden Ausführungen verstanden wird.

Compliance wird demnach von folgenden Faktoren getragen:
- Vertrauen
- Verstehen
- Therapieerfolg

Ein weiterer Faktor, der bisher noch nicht angesprochen wurde, ist das Ausmaß des Aufwands, der – aus Sicht des Patienten – mit der Therapie verbunden ist.

Die Compliance des Patienten verstärkt – allgemein gesprochen – seine Verhaltensweise hinsichtlich:
- Einhaltung
- Erfüllung
- Befolgung

Verhalten wirkt sich zum Beispiel in der Weise aus, dass der Patient seine abgesprochenen Termine einhält, seine Medikamente – wie vereinbart – einnimmt, belastende Schadstoffe meidet und gegebene Empfehlungen beachtet.

Wichtige Faktoren, die die Compliance günstig beeinflussen, sind:
- Wissen über die Erkrankung
- Wissen über die Therapie
- innere Bereitschaft zur Therapie
- Wahrnehmung des Erfolges der Therapie
- leichte Durchführbarkeit der Therapie
- kurze Verweildauer im Falle einer Klinikeinweisung
- wenige Wiedereinweisungen
- Zufriedenheit mit der Behandlung

Um diese Faktoren überhaupt entstehen zu lassen, muss auch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient „stimmen". Mit einem „Gott in Weiß" lässt sich allerdings kein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient aufbauen. Ein solches Arztbild sollte nur noch zur Erinnerung an vergangene Zeiten in Museen hängen!

In unserer Zeit sollten alle Bemühungen zur Schaffung und zur Erhaltung eines partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient getragen werden von einer
- gemeinsamen Entscheidungsfindung,
- motivierenden Beratung des Patienten,
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Dabei kommt der Kommunikation eine besondere Beachtung zu, denn allzu häufig klagen die Patienten, dass ihnen der Arzt nicht zuhört, sie nicht ausreden lässt oder gerade heute wenig Zeit hat („Sie haben doch selbst gesehen, wieviele Patienten noch im Wartezimmer sitzen." „Das können wir ja bei Ihrem nächsten Besuch ausführlich besprechen.")

Die wichtigsten Aspekte für eine das partnerschaftliche Verhältnis fördernde Kommunikation seitens des Arztes

sind, wenn man sich einmal bewusst darüber Gedanken gemacht hat, eigentlich nicht schwer im Praxisalltag zu verwirklichen. Im Einzelnen sind zu nennen:

Der Ton macht die Musik

Ein einfühlsamer Ton des Arztes, der vor allem der gesundheitlichen oder besser der „krankheitlichen" Situation des Patienten angemessen Rechnung trägt – auch Patienten haben einmal einen schlechten Tag – kann schon viel Verständnis signalisieren und aufbauen.

Instruktionen und Empfehlungen müssen klar und verständlich sein

Der Arzt weiß, was er dem Patienten sagen will; das sollte er dann auch klar und für einen Laien verständlich dem Patienten sagen. Es ist erfahrungsgemäß hilfreich, den Patienten zwischendurch oder spätestens am Ende eines Gesprächs zu fragen, ob er denn auch wirklich alles verstanden hat oder ob er noch Fragen hat.

Wer die Wahl hat, hat die Qual, oder gibt es keine?

Alle Patienten mit einer chronischen, insbesondere mit einer voraussichtlich lebenslangen Erkrankung stellen – verständlicherweise – häufig die Frage: „Gibt es nicht noch eine andere Möglichkeit der Behandlung, die mir helfen könnte?"
Patienten mögen es und danken dafür, wenn sie erleben, dass auch ihr Arzt sich über ihre Therapie „Gedanken gemacht hat".

Sicher bedarf eine chronische Erkrankung auch einer chronischen Therapie – gerade deshalb ist ja die Compliance so wichtig –, oder gibt es nicht doch einmal eine Wahlmöglichkeit, die dem Patienten, der vor dem Arzt sitzt oder liegt, angeboten und von ihm ausprobiert werden kann.
Eine regelmäßige Peak-Flow-Messung kann dann sicherstellen, dass nichts aus dem Ruder läuft.

Wer gute Argumente hat, braucht keine „Drohungen"

In einem Arzt-Patienten-Gespräch geht es zunächst einmal primär um die Übermittlung sachlicher Informationen durch den Arzt an den Patienten. Sachinformationen müssen die Arzt-Patienten-Beziehung tragen. Emotionen, die durch Ungeduld, Verärgerung („Sie rauchen ja immer noch."), vielleicht sogar Zorn („Wenn Sie so weiter machen, leben Sie nicht mehr lange!") ausgelöst werden, belasten Gespräche und verärgern dann tatsächlich Arzt und/oder Patient.

Es lohnt sich, positiv und mutig mit seiner Erkrankung umzugehen

Der Arzt kennt viele Patienten, der Patient zunächst einmal – mindestens bis zur Diagnose seiner chronischen Erkrankung – nur sich selbst. Gerade Patienten, bei denen – wie wir alle wissen, häufig leider viel zu spät – eine COPD diagnostiziert wird, fallen häufig in ein tiefes Loch. Bei vielen Betroffenen entsteht eine Depression, die konsequent behandelt werden muss. Die (chronische) Erkrankung zu akzeptieren und von da an eine positive Einstellung zu seiner Erkrankung und zum weiteren Leben zu finden, sind wesentliche Voraussetzungen zur Erreichung der noch möglichen Lebensqualität. Hier kann der Arzt im Gespräch mit dem Patienten durch die Einbringung positiver Beispiele, die er selbst bei seinen Patienten schon erlebt hat, wesentlich dazu beitragen, Ängste abzubauen.

Als weitere Faktoren, die die Compliance günstig beeinflussen, sind zu nennen:

- Leidensdruck
- Schulung, Wissen
- Sicherheit bei der Handhabung von Hilfsmitteln
- Gedächtnishilfen
- Schwierigkeiten beheben
- Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Anzeige

Die langjährigen Erfahrungen bei der Betreuung unserer Patienten zeigen immer wieder, dass mit der Zunahme des Leidensdruckes, der von der Erkrankung ausgeht, die Bereitschaft zunimmt, die vereinbarte Behandlung auch zu befolgen. Auch die angemessene Schulung und ein – wie auch immer – selbst erarbeitetes Wissen (regelmäßige Teilnahme an den Infoveranstaltungen lokaler Selbsthilfegruppen, Broschüren, Internet) fördern – wie sollte es auch anders sein – die Compliance.

Hilfreich sind erfahrungsgemäß weiterhin Gedächtnishilfen. Sie könnten zum Beispiel darin bestehen, die so wichtige Einnahme der Medikamente fest in den normalen Ablauf des Alltags zu integrieren. Das heißt, die Medikamente liegen immer an derselben Stelle und sie werden immer zur selben Zeit eingenommen. In Abhängigkeit von dem individuellen Verbrauch von Medikamenten können in einem Kalender die Termine eingetragen werden, an denen ein neues Rezept besorgt werden muss.

Ein wesentlicher Beitrag, den der Arzt zur Förderung der Compliance leisten kann, besteht darin, eventuelle Schwierigkeiten des Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung zu erkennen. Das wird nur im Gespräch mit dem Patienten selbst möglich sein, indem dieser aufgetretene Probleme entweder von sich aus anspricht oder indem der Arzt seinerseits „routinemäßig" danach fragt. Es sei denn, die gemessene Lungenfunktion des Patienten ist so schlecht, dass die fehlende Compliance direkt „sichtbar" wird.

Compliance kann auch dauerhaft gewährleistet sein, wenn das soziale Umfeld der Betroffenen in die Bewältigung der Erkrankung eingebunden wird. Das gilt vor allem für Angehörige, Freunde, Arbeitskollegen. Ausführungen zu diesem Aspekt würden allerdings den Rahmen dieses Beitrages sprengen.

Der wichtigste Faktor, der Compliance nachhaltig schafft, ist der Erfolg der Therapie. Wenn der Patient seine Erkrankung „im Griff" hat, hat er keinen Grund, an der Wirksamkeit seiner Medikamente und damit an der Richtigkeit der Diagnose und der vereinbarten Therapie zu zweifeln.

Die meisten der bei der Behandlung chronischer Atemwegserkrankungen eingesetzten Medikamente müssen von den Patienten inhaliert werden. Sie können allerdings ihre volle Wirkung nur dann entfalten, wenn sie in dem erforderlichen Ausmaß dorthin gelangen, wo sie wirken sollen, nämlich in die Lunge.

Weil dies so ist, hat allerdings auch jeder Patient einen Anspruch auf eine individuelle Behandlung.

Anzeige

RC-Test Asthma

Der Asthmatest im Handyformat

Asthma bronchiale ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Das RC-Test Asthma misst die wichtigsten Lungenfunktionen, um Asthmaanfällen vorzubeugen und unnötige Medikamente vermeiden zu können.

Das **RC-Test Asthma** misst Peak-Flow, die FEV1 und speichert bis zu 600 Messungen.

- **kinderleicht**
  zeigt ein falsches Ausatemmanöver an
- **präzise**
  genauer als die geforderte Euronorm
- **kostengünstig**
  kaum teurer als ein mechanisches Peak-Flow-Meter
- **sicher**
  hilft Asthmaanfälle frühzeitig zu erkennen

PZN 7117691

RC-Test COPD

Ihr COPD-Screener

In Deutschland leiden mehrere Millionen Menschen an COPD – chronisch obstruktiver Bronchitis. Sie wird primär durch Rauchen, aber auch durch Umwelt- und genetische Einflüsse verursacht.

Durch frühzeitiges Erkennen der COPD, kann die Erkrankung gelindert und aufgehalten werden.

Das **RC-Test COPD** zeigt den Schweregrad der COPD (Stufe I-IV nach Gold 2006) sowie das Ausmaß der Atemwegsverengung an. Zusätzlich wird das aus diesen Werten errechnete Lungenalter angezeigt.

- **präzise**
  genauer als die geforderte Euronorm
- **digital**
  großes, leicht ablesbares Display
- **kostengünstig**
  deutlich preiswerter als große Spirometriegeräte
- **angezeigte Messwerte**
  FEV1, FEV6 absolut, FEV1, FEV6 in % des Normwertes
  FEV1/FEV6 als Dezimalwert und in % des Normwertes

PZN 7117716

RC-
R. Cegla GmbH & Co. KG
Horresser Berg 1 · 56410 Montabaur
phone 02602-92 13-19 · fax 02602-92 13-15
www.cegla.de · info@cegla.de

Die medikamentöse Behandlung des Patienten wird dann individuell, wenn der Arzt auf Folgendes achtet:
- das „passende" Inhalationssystem
- die „passenden" Medikamente

Wie kommt der Patient zu dem für ihn persönlich „passenden" Inhalationssystem mit dem „passenden" Medikament? Das Angebot an Inhalationssystemen – Dosieraerosole, Pulverinhalatoren –, die zur Verabreichung der Medikamente bei den chronischen Atemwegserkrankungen COPD und Asthma zur Verfügung stehen, ist auf den ersten Blick für Patienten verwirrend. Die Vielfalt der Inhalationssysteme bietet aber auch die große Chance, dem Patienten das System zu verordnen, das am Besten auf seine Person zugeschnitten ist. Es leuchtet unmittelbar ein, dass ein 25-jähriger, an einem Asthma erkrankter Medizinstudent mit einem viel Koordinationsfähigkeit erfordernden Dosieraerosol – zumindest theoretisch – besser zu Recht kommen sollte, als ein 75-jähriger COPD-Patient. Für diesen Patienten wäre – falls seine Einatmungsfähigkeit dies zulässt – wahrscheinlich ein atemzuggesteuerter Pulverinhalator die bessere Lösung. Deswegen sollten Arzt und Patient darauf achten, dass im Zeitablauf zur Verbesserung der Compliance auch einmal über einen Wechsel des Inhalationssystems nachgedacht wird.

Ähnlich ist die Situation bei den verordneten Medikamenten. So kann es sinnvoll sein, von der Verschreibung von Inhalationssystemen mit jeweils nur einer Wirksubstanz (Kortison und zusätzlich ein die Bronchien erweiterndes Mittel) – hoffentlich wenigstens aus einem artgleichen System – auf die Verordnung eines entsprechenden Kombinationspräparates überzugehen. Diese Medikamente haben zudem den großen Vorteil, dass der Patient das aus seiner Sicht „gefährliche" Kortison nicht einfach absetzen kann. Erfahrungsgemäß verbessern auch lang wirksame bronchialerweiternde Medikamente die Compliance.

Zusammengefasst kommt es also darauf an, dass das individuell richtige Medikament einfach eingenommen werden kann, seine Nebenwirkungen überschaubar sind und möglichst keine, höchstens jedoch geringe Zusatzkosten für die Patienten entstehen.

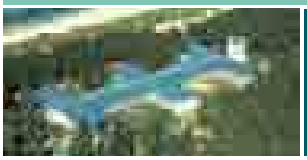
Eine besondere Gruppe von Patienten stellen die älteren Patienten dar. Bei diesem Personenkreis wird die Compliance häufig erschwert durch zusätzliche körperliche Beeinträchtigungen. Dazu gehören beispielsweise verminderte Merk- und Sehfähigkeit sowie eingeschränktes Hörvermögen und verringerte Geschicklichkeit. Hinzu kommen können Probleme beim Schlucken, eine gewisse „Eigenwilligkeit" und ein eventuell schon bestehender geringerer Lebenswille. Untersuchungen zeigen, dass mit der Zunahme des Alters und der Schwere der Erkrankung die Medikamente immer „falscher" und nicht mehr konsequent genug eingenommen werden. Eine wirkliche Lösung für die Gewährleistung der Compliance bei älteren Patienten ist noch nicht erkennbar. Vielleicht kann der noch darzustellende „Compliance Assistent" wenigstens dabei Hilfe leisten.

Welche Faktoren gefährden die Compliance am meisten und was können Arzt und Patient dagegen tun?
Im Einzelnen sind zu nennen:
- fehlender Behandlungswunsch
- ausbleibender Therapieerfolg
- schlechte Erfahrungen, insbesondere häufige Rückfälle
- Verschlechterung der Grunderkrankung
- fehlendes Vertrauen als Folge von
  - Störungen im Arzt-Patient-Verhältnis
  - zu vielen Medikamenten
  - grundsätzlichen Vorurteilen
  - Ängsten, vor allem vor Nebenwirkungen

Anzeige

MediClin
Dünenwald Klinik

MEDICLIN



**MediClin
Dünenwald Klinik
Insel Usedom**

Fachklinik für Innere Medizin, Kardiologie und Pneumologie
Fachklinik für Orthopädie

Behandlungsschwerpunkte des Bereiches Pneumologie

Anschlussheilbehandlung und Heilverfahren bei:

- Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, COPD
- Erkrankungen des Lungengewebes: Lungenfibrose, Sarkoidose, Alveolitis
- Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen, dem Brustkorb oder dem Rippenfell
- Schlafapnoebehandlung, Heimbeatmungsbetreuung und Training

Plusprogramme

Gesundheitsangebote – ein Plus für Ihre Lebensqualität
Im Urlaub etwas für die Gesundheit tun – die MediClin Dünenwald Klinik auf der Insel Usedom bietet spezielle Programme an, bei denen Sie einen Urlaub in landschaftlich reizvoller Lage mit therapeutischen Leistungen verbinden können.

Bitte fordern Sie unser Info-Material an!

MediClin Dünenwald Klinik, Insel Usedom
Dünenstraße 1, 17449 Ostseebad Trassenheide
Tel 03 83 71/ 70 -0, Fax 03 83 71/ 70 -199
info.duenenwald@mediclin.de

Ohne eine konkrete Zuordnung zu den genannten Faktoren vorzunehmen, sind folgende Vorgehensweisen zur Lösung solcher Compliance-Probleme erforderlich:

Der Wunsch beziehungsweise die Einsicht zur Behandlung setzt voraus, dass die Krankheit – so merkwürdig das auch klingen mag – als solche wahrgenommen wird. Hier helfen vor allem Informationen über die Symptome, beispielsweise aufgrund einer Patientenschulung und der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe. Dies gilt auch, wenn Zweifel an der Richtigkeit und dem Erfolg der Therapie bestehen. Hier sind geeignete Selbstkontrollen, zum Beispiel regelmäßige Peak-Flow-Messungen, hilfreich.

Zum Schluss noch ein Blick in die Zukunft. Seit kürzerer Zeit wird versucht, die Compliance dadurch zu verbessern, dass ein „Compliance Assistent", der in einem Krankenhaus oder in einer Arztpraxis tätig sein kann, dem Patienten zur Seite steht. Hierfür gibt es eine eigens geschaffene Zusatzqualifizierung für Personal aus den Bereichen Medizin, Pharmazie und Pflege. Die Aufgabe des Compliance Assistenten ist es, den Patienten konsequent in die Behandlung einzuführen mit dem Ziel, ihn selbst, soweit wie möglich, zum Manager seiner Erkrankung zu machen. Dazu gehören verständlicherweise insbesondere ausführliche, laienverständliche Erläuterungen zur Diagnose, zum Ziel der Behandlung – und zu den Behandlungsschritten –, zu den Medikamenten sowie generell die Beantwortung aller Fragen des Patienten.

All das, was der Compliance Assistent zusammen mit dem Patienten tut, sollte auch in knapper Form dokumentiert werden. Denn nur dann können später „Unstimmigkeiten" und mutmaßliche oder tatsächliche Missverständnisse auch zweifelsfrei geklärt werden. Ein Compliance Assistent kann wesentlich dazu beitragen, den Therapieerfolg des Patienten zu verbessern. Es bleibt zu wünschen, dass Ihnen in naher Zukunft bei Ihrem Arzt oder bei einem Klinikaufenthalt möglichst oft Compliance Assistenten behilflich sind.

Professor Dr. med. Rainer W. Hauck,
Bad Reichenhall
Zentrum für Innere Medizin – Lungenzentrum,
Kreiskrankenhaus

Anzeige

OXYCARE GmbH
Sauerstoff • Beatmungstechnik
FON 04 21 - 48 99 6-6 FAX - 48 99 6-99

- Sauerstoff • Beatmung • CPAP/BIPAP/ST
- Absaugung • Inhalation • Akita/IPPB
- Pulsoxymeter • Apnoe-/EKG-/SIDS-Monitore
- Einweisung / Wartung gem. MPG/MPBetreibV

● SAUERSTOFF
O_2-Konzentrator
10 L Stand 2 L Mobil
O_2-Flaschen

● BEATMUNG
TravelCare O_2 Eclipse®
Ventimotion® Ventilogic®
VentiCare SP Carina™ home

● CPAP/ BIPAP/ST
CPAP
HC 239

● Bundesweiter Service

● AB-SAUGUNG
Clario®

● INHALATION
Akita / IPPB
Inhalationshilfe WATCHHALER™

● ATEMTHERAPIE
VibraVest
SpiroTiger

● MONITORING
OxySat® 816
SIDS / EKG

Einweisung, Wartung und Klärung der Kostenübernahme
– alles aus einer Hand ! Testen Sie uns !

OXYCARE GmbH · Holzweide 6 · 28307 Bremen
FON 0421-48 996-6 · FAX 0421-48 996-99 · E-MAIL ocinf@oxycare-gmbh.de
● ● ● ● www.oxycare.eu

Wie kann man eine COPD frühzeitig erkennen?

Die COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) ist ein Sammelbegriff, der sich aus den Einzelerkrankungen chronische Bronchitis und Atemwegsobstruktion zusammensetzt. Diese Erkrankung ist gekennzeichnet durch die bronchitischen Symptome Husten und Auswurf sowie durch einen langsamen und schleichenden Erkrankungsverlauf, der leider häufig von Patienten und den sie behandelnden Ärzten erst in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien erkannt wird. Gerade dieser Aspekt erschwert die Früherkennung. Dabei liegt es vor allen Dingen in den Händen der Betroffenen, frühzeitig die Symptome zu erkennen, richtig zu deuten, damit rechtzeitig Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können, um den tragischen Erkrankungsverlauf so früh wie möglich zu verhindern.

COPD – eine vermeidbare Erkrankung

Die COPD ist eine im Grunde vermeidbare Erkrankung, da sie fast ausschließlich auf dem Boden von inhalativen Schadstoffen entsteht. Bei über 90 Prozent aller betroffenen Patienten verursacht ein jahrzehntelanges Zigarettenrauchen die Entwicklung und fördert die bei der COPD typische Lungenfunktionsverschlechterung oder die Entstehung eines Lungenemphysems (irreversible – nicht mehr rückbildungsfähige – Lungenüberblähung). Das Problem bei der Früherkennung liegt leider im schleichenden Verlauf, weswegen die anfangs uncharakteristischen Frühsymptome fast immer fehlgedeutet oder sogar negiert werden. So wird der bei Rauchern bekannte morgendliche Husten und Auswurf als normal angesehen. Dies ist natürlich falsch, und ist ganz im Gegenteil schon das erste Zeichen, dass der Zigarettenrauch zu einer Entzündung in den Bronchien geführt hat, denn gesunde Nichtraucher leiden nämlich nicht an bronchitischen Symptomen (es sei denn, sie sind erkältet).

Anzeige

Klinik Schillerhöhe

Kompetenzzentrum für Lungen- und Atemwegserkrankungen:

Chronisch obstruktive Bronchitis
• Emphysem • Mukoviszidose
• Schlafbezogene Atemstörungen
• Lungenkrebs • Tuberkulose
• Pneumonien • Allergien

Zentrum für Pneumologie, Thoraxchirurgie und Beatmungsmedizin

Solitudestraße 18, 70839 Gerlingen
Telefon 07156/203-0
www.klinik-schillerhoehe.de

COPD – eine schleichende Erkrankung

Charakteristisch ist auch eine schleichend beginnende Leistungseinschränkung. Eine Luftnotsymptomatik unter stärkerer Belastung ist ein typischer Hinweis auf eine beginnende Lungenfunktionsverschlechterung, denn die durch den Zigarettenrauch geschädigte Lunge ist nicht mehr in der Lage, den physischen Stress adäquat zu bewältigen, da sie nur noch in eingeschränktem Maße den unter einer Belastungssituation erhöhten Sauerstoffbedarf sicherstellen kann. Leider nehmen viele Patienten auch dieses Frühwarnzeichen nicht ernst, rauchen ganz im Gegenteil weiter und passen ihren Lebensstil entsprechend ihrer Leistungseinschränkung an. Nur eine frühe Intervention hat bei der COPD die besten langfristigen Erfolgsaussichten!

COPD – eine oft zu spät behandelte Erkrankung

Erst wenn die Leistungseinschränkung und die bronchitische Symptomatik so weit eingeschränkt sind, dass es die Betroffenen nicht mehr negieren können oder sogar Freunde oder Angehörige auf diesen Zustand hinweisen oder vermehrt Infektionen der Bronchien oder der Lunge auffallen, wenden sich die Patienten hilfesuchend an ihren Arzt. Hier können aber neue Probleme entstehen:

1. Schätzt der Arzt die Erkrankung falsch ein und denkt primär an eine Herz- als an eine Lungenerkrankung, kann es zu einer weiteren zeitlichen Verzögerung einer adäquaten Therapieeinleitung kommen – dies belegen wissenschaftliche Studien.
2. Eine weitere Problematik entsteht, wenn zwar die Diagnose oder Verdachtsdiagnose auf Vorliegen einer COPD richtig gestellt wurde, aber der Patient wenig einsichtig oder nicht fähig ist, seinen Zigarettenkonsum einzuschränken. Dies geschieht leider häufig, da Raucher fast immer auch an einer Nikotinabhängigkeit leiden und es zum Teil sehr schwierig ist, das Rauchen dauerhaft zu beenden.
3. Stellt sich ein Patient erst im Spätstadium der COPD-Erkrankung bei einem Arzt vor, ist die Diagnosestellung zwar einfacher, aber es minimiert sich wegen schon vorhandenen unwiederbringlichen Veränderungen in der Lunge der Therapieerfolg.

COPD – der offene Umgang mit dem Arzt ist wichtig

Ganz wichtig ist für den Patienten zu wissen: Der Patient selbst kann das Denken des ihn behandelnden Arztes durch entsprechende Darstellung der Krankengeschichte oder der Art und Weise der Beantwortung ärztlicher Fragen steuern. Bezüglich der COPD ist es daher extrem wichtig, dass der Arzt über die Rauchgewohnheiten ehrlich und korrekt informiert wird. Die oben genannten COPD-typischen Symptome müssen ebenfalls erwähnt

und nicht als harmlos heruntergespielt werden (normaler „Raucherhusten"). Das Verschweigen einer Luftnotsymptomatik bei Belastung oder von Husten und Auswurf lenken das ärztliche Denken möglicherweise in eine völlig verkehrte Richtung, was zu einer fehlgerichteten Diagnostik und Therapie zum beiderseitigen Nachteil führt.

COPD – nur umfassende Diagnostik bringt Klarheit

Von ärztlicher Seite leiten neben den Patientenangaben (Anamnese), das Ergebnis der körperlichen Untersuchung, einschließlich gegebenenfalls einer Belastungsuntersuchung und insbesondere die Ergebnisse der Lungenfunktionsprüfung mit Bestimmung des Sauerstoff- und des Kohlendioxiddrucks im Blut zur Diagnose COPD. Denn nur wenn die Bronchitissymptomatik in Zusammenhang mit dem Auslöser (langjähriges Zigarettenrauchen) und eine entsprechende Einschränkung in der Lungenfunktionsprüfung zusammen auftreten, kann die Diagnose sicher gestellt werden. Hieraus leiten sich dann die weiteren therapeutischen Schritte ab, die primär aus der Tabakraucherentwöhnung und sekundär aus einer medikamentösen Behandlung bestehen.

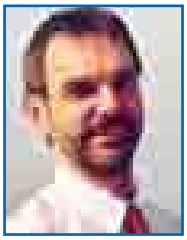
COPD – der Notfall, was ist zu tun?

Der Notfall mit akut aufgetretener Luftnotsymptomatik, vermehrtem und gelb-grünlichem Auswurf mit/ohne einem Pfeifen über der Brust sind Notfallzeichen, die unbedingt ärztlich abgeklärt und therapiert werden müssen. Je nach Intensität einer Notfallsituation muss der Notarzt gerufen werden. In leichten Fällen reicht vielleicht nur ein Besuch beim Hausarzt aus. Notfälle sind immer ein Zeichen dafür, dass die Erkrankung entweder zu lange verkannt wurde oder dass die medikamentöse Therapie unzureichend ist.

COPD – Verwechslungen mit Herzerkrankungen sind möglich

Am häufigsten wird die COPD mit Erkrankungen des Herzens beziehungsweise des Herzkreislaufsystems verwechselt. Nicht selten tritt die COPD allerdings auch zusammen mit anderen Erkrankungen gemeinsam auf, so dass die Unterscheidung, welche Erkrankung medizinisch führend ist, für den behandelnden Arzt schwierig sein kann. Das Röntgenbild der Lunge dient weniger zum Beweis der vorliegenden COPD-Erkrankung als vielmehr zur Abklärung anderer, ebenfalls eine Luftnot verursachende Erkrankungen.

Professor Dr. med. Adrian Gillissen, Leipzig
Robert-Koch-Klinik,
Thoraxzentrum des Klinikums
St. Georg



Anzeige

MEDICLIN

MediClin Reha-Zentrum Reichshof
Rehabilitationsklinik für Pneumologie, Onkologie und Neurologie

Das Reha-Zentrum Reichshof gehört zur MediClin-Gruppe – einem großen und erfolgreichen privaten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland. Die Klinik liegt im Ortsteil Eckenhagen, einem staatlich anerkannten Luftkurort mit besonderem Heilklima im Oberbergischen Land. Eckenhagen ist über kurze Anbindungen an die Autobahnen Richtung Olpe – Dortmund – Frankfurt und Köln – Düsseldorf – Frankfurt zu erreichen.
Unsere Fachklinik ist auf Pneumologie, Onkologie und Neurologie spezialisiert. In der pneumologischen Klinik werden vorwiegend Patienten betreut mit:

- Obstruktiven Atemwegserkrankungen, Bronchiektasen, Interstitiellen Lungenerkrankungen, Zustand nach Pneumonien, BOOP, Erkrankungen der Pleura, Autoimmunerkrankungen der Lunge, nächtlichen Atemregulationsstörungen infolge obstruktiver oder zentraler Schlafapnoe, Thoraxdeformitäten etc., Atemstörungen bei neuromuskulären Erkrankungen, Zustand nach Operationen an Thorax und Lunge, Cor pulmonale, Herz- und Kreislauferkrankungen in cardio-pulmonalem Zusammenhang.

Versorgt werden Patienten aller Schweregrade bis zur intermittierenden volumenkontrollierten Heimselbstbeatmung.

An Diagnostik stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- Standard Röntgendiagnostik einschl. Kontrastmitteldarstellung, Labor inkl. Tumormarker und gentechnischen Untersuchungen, Langzeit-RR und -EKG, Belastungs-EKG, Spiroergometrie u. Bodyplethysmographie, sowie CO-Diffusionskapazitätsmessung, Bronchoskopie und BAL, Polysomnographie, Ultraschall-Labor: (Farbdoppler)-Echokardiographie, spezielle Sonographie, ECD, TCD, Embolus-Detection, Farbdoppler-Duplex; Neurophysiologielabor: EEG, ENG, EMG, Evozierte Potentiale, TMS; Sonst: endoskopische Schluckdiagnostik, Gastroskopie und Rektosigmoidoskopie.

Neben der medizinischen Betreuung sind therapeutische Interventionen, die Patientenschulungen, die Förderung eines gesundheitsorientierten Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung) und die optimale Versorgung des Patienten im Sinne einer Sekundär- und Tertiärprävention wichtige Bestandteile der stationären Rehabilitation. Wir arbeiten zusammen mit allen gesetzlichen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und Rentenversicherungsträgern, sowie der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in NRW. In der Klinik stehen Ihnen hell und freundlich eingerichtete, behindertengerechte (auch für Rollstuhlfahrer) Einzelzimmer mit Dusche, WC, Telefon u. TV zur Verfügung. Begleitpersonen können auch untergebracht werden.

Unsere Klinik-Anschrift lautet:
MediClin Reha-Zentrum Reichshof
Zur Rehaklinik 1
51580 Reichshof-Eckenhagen
Sie können uns aber auch jederzeit erreichen über unsere Patientenaufnahme Tel. (02265-995-235), E-Mail (info@reichshof.mediclin.de) oder Fax (02265-995-100).

Exazerbation – was ist dagegen zu tun?

Der Krankheitsverlauf der COPD wird durch akute Verschlechterungen, sogenannte Exazerbationen, ungünstig beeinflusst.

Woran erkennt der Patient die Exazerbation?

Wenn die Beschwerden wie Atemnot, Husten und Auswurf über das übliche Maß hinausgehen und länger als einen Tag anhalten, kann man von einer Exazerbation sprechen. Für die Patienten ist der Beginn der Exazerbation eigentlich leicht erkennbar. Für ihn steht dabei die Zunahme der Atemnot erkennbar im Vordergrund. Er merkt es beim Treppensteigen. Das fällt ihm jetzt schwerer und er muss öfter anhalten und schnaufen als sonst. Er merkt es aber auch daran, dass er öfter und stärker hustet und mehr Auswurf abhusten muss. Verfärbt sich dann auch noch der Auswurf grün-gelblich, ist ein bakterieller Atemwegsinfekt die Ursache der Exazerbation.

Welche diagnostischen Verfahren bieten sich an?

Die Untersuchung des Auswurfs ist nicht in jedem Fall notwendig. Wenn der Patient jedoch im letzten Jahr mehr als drei Exazerbationen hatte oder wenn er im letzten halben Jahr wegen einer Exazerbation stationär behandelt wurde, ist die Untersuchung des Auswurfs angezeigt und sinnvoll. Das sollte auch dann geschehen, wenn die eingeleitete Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 48 bis 72 Stunden nichts ausrichtet und der Patient sich immer noch nicht besser fühlt. Erst die Ermittlung der Keime im Auswurf ermöglicht die gezielte Behandlung mit dem Antibiotikum, auf das die Keime mit Sicherheit ansprechen.

Wie wird die Exazerbation behandelt?

Grundsätzlich hängt die Behandlung der Exazerbation von ihrem Schweregrad ab.
Bei einer leichten Exazerbation reicht die Erhöhung der Dosis des kurzwirksamen Betamimetikum und/oder eines Anticholinergikums oft aus.
Bei einer schweren Exazerbation ist zusätzlich ein systemisches Kortison, beispielsweise eine Kortisontablette, einzusetzen, um eine Entzündungshemmung zu erreichen. 30 bis 50 Milligramm Prednisolon pro Tag sollten zehn bis maximal 14 Tage genommen werden. Danach sollte die Kortisonbehandlung unverzüglich beendet werden.
Ein „Ausschleichen" – wie es bei einer längeren Behandlung mit Kortisontabletten angezeigt ist – ist nach dieser zeitlich begrenzten Kortisoneinnahme nicht erforderlich. Das Medikament kann abrupt abgesetzt werden.
Bei gelb-grünlich gefärbtem Auswurf ist der Einsatz eines geeigneten Antibiotikums sinnvoll. Patienten mit besonders schweren Exazerbationen müssen stationär in einem Krankenhaus behandelt werden, da solche Exazerbationen mitunter einer intensivmedizinischen Beobachtung und Behandlung bedürfen.

Was kann man tun, um eine Exazerbation zu vermeiden?

Besonders wirksam ist außer der Raucherentwöhnung die jährliche Grippeschutzimpfung, aber auch die Pneumokokkenimpfung und natürlich auch die strikte Einhaltung der mit dem Arzt vereinbarten medikamentösen Therapie. Auch regelmäßiges Training in einer Lungensportgruppe senkt die Exazerbationsrate um 15 bis 20 Prozent. Darüber hinaus lassen sich Exazerbationen deutlich reduzieren, wenn der COPD-Patient in einer strukturierten Patientenschulung gelernt hat, wie er mit seiner Erkrankung umgehen kann und Therapieanpassungen entsprechend der Schwere der Exazerbation selbst vornehmen kann.

Professor Dr. med. Heinrich Worth, Fürth
Medizinische Klinik 1, Klinikum Fürth

Anzeige

Kliniken St. Antonius

Kliniken St. Antonius
Lungenzentrum
Klinik für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin
Chefarzt Prof. Dr. Kurt Rasche
Vogelsangstr. 106, 42109 Wuppertal, Tel.: 0202 / 299 - 40 10

Für Interessierte: Die Selbsthilfegruppe Wuppertal der **Patientenliga Atemwegserkrankungen** trifft sich an jedem ersten Montag des Monats um 17:30 in der Bibliothek der Klinik Vogelsangstraße. Kontakt:
G. Reinhold, 0202 / 2 53 12 21 und K. Jost, 0202 - 57 20 87

5•5• **Weltasthmatag in der Stadthalle Wuppertal**
Infos unter: www.barmer.de

COPD – die verdrängte Volkskrankheit

Chronische Atemwegserkrankungen werden in unserer Gesellschaft nicht in dem Maße wahrgenommen, wie das eigentlich angemessen und zu wünschen wäre. Sie sind nämlich ihrer Häufigkeit und Verbreitung wegen Volkskrankheiten beträchtlichen Ausmaßes. Man geht heute davon aus, dass etwa 15 Prozent unserer Bevölkerung, behandelt oder unbehandelt, an einer der zwei wichtigsten dieser Krankheiten leiden – an Asthma bronchiale oder an COPD.

Vor allem das allergische Asthma wird allerdings inzwischen im Bewusstsein breiterer Bevölkerungsschichten stärker als früher wahrgenommen. Das mag vor allem daran liegen, dass den Allergien heute ganz allgemein ein höherer Stellenwert eingeräumt wird. Schließlich nehmen Allergien ständig zu und betreffen viele Menschen, alte und junge.
Anders sieht es bei einer weitaus heimtückischeren chronischen Atemwegserkrankung aus – bei der COPD. Sie ist schlechter behandelbar und schwerer in den Griff zu bekommen.

COPD – was ist das?

Hinter der Abkürzung COPD verbirgt sich ein englischer Fachbegriff für eine chronische Atemwegserkrankung. Er steht in Deutschland für die chronisch obstruktive Bronchitis mit oder ohne Lungenemphysem. Obstruktiv heißt dabei einengend und meint die eng gestellten Bronchien der Atemwege. Atemnot ist die Folge. Hinzu kommen die vermehrte Produktion eines zähen Schleims und die ständigen Versuche, diesen abzuhusten; also gewissermaßen ein Dauerhusten ohne erkältet zu sein.
Patienten mit COPD sind bei Fortschreiten der Krankheit körperlich immer weniger belastbar. Sie kommen all zu schnell aus der Puste. Wege sind dann zu weit, Hügel und Treppen zu steil und Taschen, die es zu tragen gilt, einfach zu schwer. Jeder körperlichen Belastung wird dann ausgewichen, was dazu führt, dass man immer weniger trainiert ist und sich immer weniger zutraut.

Wodurch entsteht eine COPD?

Die Hauptursache für die Entstehung einer COPD ist das Rauchen. Natürlich können auch Nichtraucher betroffen sein, doch knapp neun von zehn COPD-Patienten haben früher geraucht oder rauchen noch.
Je früher mit dem Rauchen begonnen wurde, je länger und je mehr Zigaretten pro Tag geraucht werden, desto höher ist das Risiko, an COPD zu erkranken.
Inzwischen zeigen sich die Gefahren, die mit dem Rauchen verbunden sind, auch bei Frauen. Da das Rauchverhalten bei Frauen ständig zugenommen hat, erkranken mittlerweile nahezu ebenso viele Frauen wie Männer. Jahrzehnte zuvor war das noch anders, damals führten die Männer unangefochten die COPD-Statistiken an.
Neben dem Rauchen ist ein weiterer Risikofaktor für die Entwicklung einer COPD der Rauch, der beim Kochen oder Heizen mit Biobrennstoffen, zum Beispiel mit Holz, entsteht.
Dieses Risiko ist allerdings bei uns in Mitteleuropa geringer ausgeprägt, weil Holz meist nur noch in Kaminen verfeuert wird.
Anders ist es bei der Feinstaubbelastung. Dieses Risiko ist in unseren Breiten nicht nur bei bestimmten beruflichen Tätigkeiten, sondern auch im Wohnbereich und vor allem durch Autoabgasbelastungen gegeben.
Neben der COPD des Bergmannes, die in Deutschland als Berufserkrankung anerkannt ist, spielen auch genetische Faktoren eine Rolle, so beispielsweise der Alpha-1-Antitrypsinmangel.
Wenngleich also eine ganze Reihe von Risikofaktoren aufgezählt werden müssen, wenn es um die Entstehung der COPD geht, bleibt das Rauchen nach wie vor der eigentliche Hauptauslöser für die Entstehung dieser Erkrankung.

Wie wird die COPD diagnostiziert?

Eigentlich kann jeder sich testen, mit dem Ziel, eine COPD möglichst frühzeitig zu entdecken.
Dazu sind lediglich drei Fragen zu beantworten:

Bin ich 40 Jahre oder älter?	Ja	❑
Bin ich Raucher oder Ex-Raucher?	Ja	❑
Habe ich oftmals Husten (ohne erkältet zu sein) und Atemnot unter Belastung?	Ja	❑

Sind alle drei Fragen mit einem „Ja" zu beantworten, sollte man einen Arzt aufsuchen, damit dieser zur Klärung der Symptome Husten und Atemnot spezielle Untersuchungen durchführt.
Wichtig ist in der Tat die einfache Selbstkontrolle in der beschriebenen Weise deshalb, weil viele COPD-Patienten anfangs nur sehr geringe und unklare Symptome haben, die dem behandelnden Arzt oftmals gar nicht auffallen, so dass die Erkrankung nicht frühzeitig diagnostiziert werden kann.
Basis der Diagnostik ist heute ein Lungenfunktionstest, auch Spirometrie genannt. Dabei wird die Einschränkung der Einsekundenkapazität (FEV_1/VC) gemessen, nach deren Einschränkung die COPD nach verschiedenen Schweregraden eingeteilt wird (siehe Tabelle).
Die Schweregrade bestimmen auch die Maßnahmen bei der Behandlung.

Je schwerer die Erkrankung ist, desto mehr Medikamente müssen – einzeln oder in Kombination – eingesetzt werden.

Was jeder bei der Behandlung für sich selbst tun muss

Jeder, der immer wieder hustet oder der Atemnot unter körperlichen Belastungen hat, sollte sofort aufhören zu rauchen. Das ist die effektivste Maßnahme bei der Behandlung der COPD. Es ist aber auch das Wichtigste, wenn es darum geht, eine COPD zu vermeiden. Jeder, der raucht, sollte im Interesse seiner Gesundheit mit dem Rauchen aufhören.

Wenn das für Sie zu schwer sein sollte – und für viele Raucher, die schon jahrelang an ihrer Zigarette hängen, ist es schwer –, um es alleine zu schaffen, sollten Sie sich Rat und Unterstützung bei einer Raucherberatung, in einem Tabakentwöhnungsseminar oder bei Ihrem Haus- oder Facharzt holen. Es gibt viele Möglichkeiten, die helfen, sich vom Rauchen zu befreien – man muss es nur wirklich wollen, man muss reif dafür sein.

Die Aufgabe des Rauchens steigert die Aussichten eines COPD-Patienten, besser mit seiner Erkrankung zurecht zu kommen. Tabakentwöhnung ist bei jeder Stufe der COPD-Therapie eine ganz wichtige zusätzliche Maßnahme, ohne die sich ein Therapieerfolg nur schwer einstellt.

Welche Medikamente kommen zum Einsatz?

Wie schon gesagt, bestimmt der Schwergrad der Erkrankung die Maßnamen der Behandlung und auch die Medikamente, die zum Einsatz kommen.

Leichte COPD (Stufe I)

Hier werden lediglich inhalative Bronchodilatatoren (Bronchialerweiterer) mit raschem Wirkungseintritt verabreicht.

Mittelschwere COPD (Stufe II)

Bei diesem Schweregrad wird die Behandlung mit einem oder mehreren Bronchialerweiterern (kurz-/langwirksame Beta-2-Sympathikomimetika, Anticholinergika, Theophyllin) durchgeführt. Wegen der geringen Nebenwirkungen kommen vorrangig Anticholinergika zum Einsatz, doch stehen auch langwirksame Beta-2-Sympathikomimetika zur Verfügung. In Bezug auf die Verbesserung der Lungenfunktion sind langwirksame Anticholinergika und Beta-2-Sympathikomimetika gleich wirksam. Die Kombination beider Medikamente führt zu einer weiteren Verbesserung der Werte bei der späteren Lungenfunktionsprüfung mithilfe der Spirometrie. Hier kann von einem sich ergänzenden und sich steigernden Effekt der einzelnen Wirkstoffe ausgegangen werden.

Schwere COPD (Stufe III)

Ergänzend zu den Medikamenten der Stufe II kommt jetzt inhalierbares Kortison einzeln oder in fester Kombination mit langwirksamen Beta-2-Sympathikomimetika zum Einsatz. Das vor allem dann, wenn eine erhöhte Exazerbationsrate vorliegt. Die wesentliche Bedeutung dieser Behandlungsmaßnahme liegt in der Reduzierung der Exazerbationshäufigkeit. Das Absetzen des inhalierbaren Kortisons verursacht oft eine Verschlechterung der Lungenfunktion, die Zunahme der Atemnot und das vermehrte Auftreten von Exazerbationen.

Sehr schwere COPD (Stufe IV)

Zu den Medikamenten der Stufe III kommen unterschiedliche unterstützende Therapiemaßnahmen hinzu. Bei Sauerstoffmangel ist eine Sauerstofflangzeittherapie notwendig; eine Herzschwäche (Cor pulmonale) wird mit herzwirksamen Medikamenten behandelt und bei stark belasteter Atemmuskulatur, die die Atempumpe negativ beeinflusst, wird die nichtinvasive Heimbeatmung eingesetzt.

Tabelle

Schweregrad	*FEV_1/VC*	*FEV_1*	*Beschwerden*
1 (leicht)	kleiner 70 Prozent	80 Prozent	mit/ohne Symptomatik (Husten, Auswurf)
2 (mittel)	kleiner 70 Prozent	50 bis 80 Prozent	mit/ohne chronische(n) Symptome(n) (Kurzatmigkeit, Husten, Auswurf)
3 (schwer)	kleiner 70 Prozent	30 bis 50 Prozent	mit/ohne chronische(n) Symptome(n) (Kurzatmigkeit, Husten, Auswurf)
4 (sehr schwer)	kleiner 70 Prozent	kleiner 30 Prozent oder kleiner 50 Prozent und chronisch respiratorische Insuffizienz	Lebensqualität merklich beeinträchtigt, Exazerbationen können lebensbedrohlich sein

FEV_1 = forciertes expiratorisches Volumen in einer Sekunde nach Anwendung eines bronchienerweiternden Medikaments; VC = forcierte Vitalkapazität.
Die Häufigkeit des schubweisen Ausbruchs (Exazerbation) einer Atemwegsentzündung ist bei COPD ein weiteres wesentliches Diagnosekriterium.

Die Exazerbation – so gefährlich wie ein Infarkt

Exazerbationen sind akut auftretende Verschlechterungen der COPD, die vielfach mit bakteriellen und viralen Infekten verbunden sind.
Exazerbationen sind deshalb so gefährlich, weil jede von ihnen das Bronchialsystem nachhaltig und dauerhaft schädigen kann, so dass sich Atemnot, Schleimbildung und Husten jedes Mal weiter verstärken können.
Das ist der Grund dafür, dass bei der Behandlung der COPD die Vermeidung von Exazerbationen einen hohen Stellenwert hat.
Während leichte Exazerbationen ambulant behandelt werden, ist bei einer schweren Exazerbation ein stationärer Aufenthalt in der Klinik notwendig.
Exazerbationen tragen zu den enormen Gesundheitskosten, die zur Behandlung der chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen aufgewendet werden müssen, bei.
Über den Einsatz und die Dosierung von Antibiotika und Kortison kann der behandelnde Arzt nur im Einzelfall entscheiden.

Und was ist sonst noch zu beachten?

Training und Lungensport

Ab der mittelschweren COPD (Stufe II) sind ergänzend Maßnahmen zur Rehabilitation und Lungensport angezeigt. Bei COPD-Patienten führt körperliches Training, das natürlich dem jeweiligen Krankheitszustand angepasst wird, zu einer Senkung der Atemnot, Steigerung der Leistungsfähigkeit und Zunahme der Lebensqualität.

Ernährung

Unter- und Mangelernährung sind bei COPD keine Seltenheit. Mit der Abnahme von Körpergewicht und Muskelmasse sinken auch Lebensqualität und Lebenserwartung. Deshalb sollten bei der Behandlung von COPD-Patienten auch ernährungsmedizinische Aspekte berücksichtigt werden. Die Indikation für eine ernährungsmedizinische Behandlung besteht spätestens bei COPD-Patienten, bei denen der sogenannte Body-Mass-Index weniger als 21 Kilogramm/Meter2 beträgt oder die einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust von fünf Prozent des Körpergewichts erleiden. Ernährungsempfehlungen beinhalten ausgewogene Mischkost und viel Eiweiß sowie eine kalziumreiche Kost.

Impfungen

Eine jährliche Grippeschutzimpfung ist für COPD-Patienten zwingend notwendig. Nachgewiesen wurde, dass die Grippeimpfung bei älteren Patienten mit COPD einen Vorteil hinsichtlich der Häufigkeit von Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten und bezogen auf die Sterblichkeit hatte. Der Stellenwert der Pneumokokkenimpfung wird von den Ärzten unterschiedlich beurteilt.

Rauchverbote sind wirksam gegen Herzinfarkt

Klinikbehandlungen wegen Herzinfarkte sind um 40 Prozent gesunken

Ein generelles Rauchverbot an Arbeitsplätzen und öffentlichen Orten reduziert drastisch die Herzinfarktrate. In einer neuen Studie ging in den ersten 18 Monaten die Rate der Klinikeinlieferungen wegen Herzinfarktes um 27 Prozent zurück. In den folgenden 18 Monaten ergab sich ein Rückgang um weitere 19 Prozent.
Ermittelt wurde dies anhand der Daten aus Krankenhäusern in der US-Stadt El Pueblo in Colorado.
Die Autoren der Studie um Dr. Robert N. Alsever hatten die Raten der Klinikbehandlungen wegen Herzinfarktes pro 100.000 Personenjahre errechnet – 18 Monate vor Einführung des Rauchverbotes, 18 Monate danach und dann noch einmal 18 Monate später. In der ersten Phase ging die Rate der Behandlung um 27 Prozent zurück, in der zweiten Phase nochmals um 19 Prozent.
Keine Veränderung ergaben sich stattdessen in zwei benachbarten Arealen, wo kein solches Antirauchgesetz eingeführt wurde, und die deshalb zum Vergleich herangezogen wurden.
Die Autoren führen den Rückgang der Infarktrate zum einen auf den Rückgang der Belastung durch Passivrauchen, zum anderen darauf zurück, dass Raucher wegen des Verbotes weniger rauchen. Den ersten Beitrag zum Erfolg halten sie für größer. Die Studie ist die mittlerweile achte, die einen deutlichen Rückgang der Herzinfarktrate nach Rauchverbot belegt. Solche Daten gibt es etwa für Italien, Irland und Frankreich.

Quelle: Ärzte Zeitung, 28. Januar 2009

Was muss verbessert werden?

Dazu möchte ich fünf Forderungen stellen. Wir brauchen:

1. mehr Aufklärung, besonders unter Frauen und Jugendlichen
2. bessere Lungenfunktionsmessungen für die Früherkennung (Prävention) bei Menschen mit Atemwegsbeschwerden, insbesondere für Raucher, die älter als 40 Jahre sind
3. mehr professionelle Hilfen für Raucher
4. mehr Grundlagen-, Versorgungs- und klinische Forschung auf nationaler und internationaler Ebene
5. weitere Kooperationsmodelle für eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen und deren Umsetzung in entsprechende Aktivitäten

Professor Dr. med. Helmut Teschler, Essen
Ruhrlandklinik – Das Lungenzentrum Essen-Heidhausen

Zehn Jahre AG Lungensport in Deutschland e.V.

Unter dem Motto „Lungensport macht fit zum Atmen" gründeten im März 1999 Pneumologen aus Klinik und Praxis zusammen mit Sportwissenschaftlern, Trainern und Physiotherapeuten die AG Lungensport in Deutschland e.V., ließen den Verein ins Vereinsregister des Amtsgerichts Mainz eintragen und beim zuständigen Finanzamt die Gemeinnützigkeit bestätigen.

Flächendeckende ambulante Versorgung mit Lungensport ist wichtig und notwendig

Ziel des Vereins war und ist es, mit dem Aufbau ambulanter Lungensportgruppen therapieergänzende, sporttherapeutische Maßnahmen flächendeckend in Deutschland zu etablieren. Mit den Lungensportgruppen soll den Patienten die Möglichkeit geboten werden, die Lücke, die sich nach der Heimkehr von der stationären Rehabilitation mit der dort praktizierten Sport- und Bewegungstherapie nahezu für jeden von ihnen ergibt, so rasch wie möglich zu schließen.
Dafür war es erforderlich, das 1999 ermittelte Angebot von weniger als 200 Asthmasportgruppen schnell und deutlich zu erweitern. Inzwischen ist die Anzahl der Gruppen auf etwa 700 angewachsen. Kontinuierlich bilden sich derzeit Woche für Woche weitere Gruppen, so dass deren Anzahl auch weiterhin deutlich wächst.

Lungensport ist hilfreich für Patienten mit unterschiedlichen chronischen Atemwegserkrankungen

Ziel des Vereins war und ist es, Lungensport nicht nur für Asthmatiker attraktiv zu machen, wie das früher meist der Fall war – vor 1999 gab es vor allem Asthmasportgruppen.
Das ist vor allem deshalb wichtig, weil zum Beispiel Patienten mit einer COPD weitaus stärker vom gezielten und dem Schwergrad der Krankheit angepassten körperlichen Training profitieren als etwa Asthmatiker.
Gut therapierte Asthmatiker können vielfach am normalen Breitensport teilnehmen, sie können sich oftmals – jeder kennt die zahlreichen Beispiele – erfolgreich beim Leistungssport profilieren. Ein Patient mit einer COPD kann das alles nicht, er hat meist schon Probleme, mit den Belastungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Obwohl sich die Lungenfunktionswerte durch den Lungensport so gut wie nicht verändern, verbessert sich die Belastbarkeit erheblich und die Belastungsdauer nimmt zu. So verbessern sich die Ergebnisse des Sechs-Minuten-Gehtests deutlich und für nahezu jeden der Lungensporteilnehmer ist die aktuelle Situationsverbesserung im normalen Tagesablauf spürbar.
Treppen und ansteigende Wegstrecken sind leichter zu bewältigen, man muss einfach nicht mehr so oft anhalten, um Luft zu schöpfen. Taschen, die man trägt, scheinen leichter geworden zu sein, man muss nun nicht mehr schon nach kurzen Entfernungen anhalten, um sich von der Belastung zu erholen. Es geht alles ein wenig leichter, wenn auch nicht störungsfrei, sofern man regelmäßig bei seinen Lungensportübungen in der Gruppe mitmacht.
Das liegt im Wesentlichen daran, dass durch die Stärkung des Herzkreislaufsystems und durch die Verbesserung der Muskelarbeit, die Dekonditionierung, die sich durch langjähriges Nichtstun entwickelt hat, durchbrochen wird. Selbst ein COPD-Patient ist besser trainiert und deshalb auch belastbarer.
So durchbricht Lungensport den Teufelskreis, der durch Atemnot, verbunden mit der daraus resultierenden körperlichen Schonung, weiter zur Verstärkung der Atemnot führt.
Für viele Patienten mit einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung oder für Patienten nach einer Lungenvolumenreduktion ist deshalb Lungensport eine geeignete zusätzliche Maßnahme, die die Therapie ergänzt.

Die Durchsetzung des Lungensports setzt Aufklärung und Information voraus

Ziel des Vereins war und ist es, aufklärend zu wirken und weite Kreise der Öffentlichkeit vom therapeutischen Nutzen eines angemessenen körperlichen Trainings für Patienten mit einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung zu überzeugen.
Deshalb kommt es darauf an, mit fachlich qualifizierten Gruppen, das heißt, mit der Ärzteschaft, mit Sportlehrern, Trainern und Physiotherapeuten, die entweder als Verordner des Lungensports oder als potentielle Übungsleiter von Lungensportgruppen infrage kommen, das Gespräch zu führen.
Vor allem aber kommt es darauf an, die Betroffenen selbst intensiv zu informieren und aufzuklären, um sie davon zu überzeugen, dass gezielte und der Krankheitssituation angepasste sporttherapeutische Übungen dem Patienten etwas bringen und dessen Situation verbessern.
Das ist deshalb notwendig, weil zum Beispiel Asthmatiker von Kindesbeinen an gehört haben „nur keinen Sport, nur keine körperliche Belastung" und sich danach verhalten. Das ist es, was schließlich bei dieser Gruppe zur Dekonditionierung führt.
Beim COPD-Patienten ist die Situation eine andere. Er weiß aus seinen Erfahrungen im täglichen Leben, dass er kaum belastbar ist. So weicht er jeder auch noch so geringen Belastung aus: Er fährt die kürzesten Strecken mit dem Auto, nimmt den Fahrstuhl, statt die Treppe hinaufzugehen – und sei es nur eine Etage. Er hat Angst vor je-

der Belastung und weicht ihr aus. So kommt er zu seiner Dekonditionierung.
Beide so unterschiedlich konditionierten Patientengruppen müssen zuerst davon überzeugt werden, dass gerade für sie Lungensport gut ist, ehe sie die Vorteile, die sie durch den Lungensport erfahren, schließlich selbst erleben können.

Die Durchführung von Übungen beim Lungensport setzt qualifizierte Übungsleiter voraus

Ziel des Vereins war und ist es, eine wirklich qualifizierte Begleitung der Lungensportgruppen sicherzustellen, so dass die Anleitung jeder Lungensportübung medizinisch und sportwissenschaftlich den verschiedenen Krankheitsbildern und Schweregraden entspricht, an denen die Mitglieder einer Gruppe leiden. Ein Pool qualifizierter Übungsleiter mit einer solchen speziellen Ausrichtung für die Arbeit mit Patienten, die an Atemwegs- und Lungenerkrankungen leiden, ist die Voraussetzung für die Durchsetzung einer flächendeckenden Versorgung mit ambulanten Lungensportgruppen in ganz Deutschland.
Aus diesem Grunde hat die AG Lungensport in Deutschland ein Curriculum für die Ausbildung von Fachübungsleitern ambulanter Lungensportgruppen bereits vor Jahren entwickelt und diverse Sonderlehrgänge auf der Basis des Curriculums durchgeführt. Bisher haben insgesamt 510 ausgewählte Personen genau definierter Berufsgruppen diese Sonderlehrgänge durchlaufen. Die meisten der so ausgebildeten Personen haben entweder bereits bestehende Lungensportgruppen übernommen oder aber neue aufgebaut.
Dennoch entspricht die Anzahl der bisher ausgebildeten Übungsleiter bei weitem nicht der Anzahl, die für die flächendeckende Durchsetzung des Lungensports benötigt wird. Auch hier sind also weitere Anstrengungen notwendig, zu deren Unterstützung die Landesverbände des Deutschen Behindertensportverbandes oder anderer Institutionen und Sportverbände, aber auch die Ärzteschaft mit ihren Verbindungen vor Ort aufgerufen sind.

Die Übungen in Lungensportgruppen müssen vielgestaltig sein und verschiedene Ziele verfolgen

Ziel des Vereins war und ist es, durch die Ausbildung der Fachübungsleiter Wissen und Fertigkeiten zu übermitteln und Erfahrungen im Umgang mit Patientengruppen weiterzugeben. So kann sichergestellt werden, dass die Trainingsstunden in solchen Gruppen vielgestaltig und den Gruppenmitgliedern angepasst gestaltet werden.
Wenngleich dabei Ausdauer- und Krafttraining im Vordergrund stehen, werden neben gymnastischen und Entspannungsübungen auch Einheiten des Bewegungs- und Koordinationstrainings in die Übungsstunden eingebaut. Darüber hinaus lockern Gruppenspielphasen – ohne Wettkampfcharakter – die Übungseinheiten auf.
Aufwärmübungen eröffnen die Trainingsstunde, verbunden mit Peak-Flow-Messungen, die während der Übungseinheit noch durch Pulsoximetermessungen ergänzt werden. Die Ausklangphase mit ihren Entspannungsübungen und abermaligen Messungen schließen das Zusammentreffen der Lungensportgruppe.
Je nach der personellen Zusammensetzung der ambulanten Lungensportgruppe steht die eine oder andere Übung schwerpunktmäßig im Vordergrund, wobei natürlich auch die Tagesform der Gruppenteilnehmer vom Übungsleiter beachtet wird.
Gerade die Ausrichtung des Übungsablaufs an der individuellen und krankheitsspezifischen Situation der Mitglieder der Trainingsgruppe erfordert Einfühlungsvermögen und Detailkenntnisse des Übungsleiters, die es ihn erkennen und beurteilen lassen, welche Leistungen er aktuell von den einzelnen Gruppenteilnehmern fordern kann.
Gerade dieses Urteilsvermögen soll bei den Sonderlehrgängen der AG Lungensport in Deutschland unter vielen anderen Fähigkeiten und Fertigkeiten geschärft werden. Deshalb sind bei diesen Seminaren je ein Arzt, ein Sportwissenschaftler, ein Psychologe und ein Physiotherapeut als Referenten anwesend und deshalb werden von diesen ihre jeweiligen Spezialgebiete vermittelt.

Christoph von Loeben, Oppenheim
AG Lungensport in Deutschland e.V.

Anzeige

global move
mobility products
die Elektrofahrradspezialisten
• über 15 Jahre Erfahrung •
Sierksdorfer Str. 25 - 27, 23730 Neustadt
Tel.: 04561/527200 www.global-move.com
deutschlandweiter Versand

Fahrradfahren trotz Atemprobleme?!
...kein Problem, wir machen es möglich mit Elektrozusatzunterstützung
• E-Bikes = fahren möglich ohne zu treten
• Pedelec = Bedarfsunterstützung wenn es schwer wird
Räder für jung und alt
• City, Touren, Trekking, Mountain (MTB/ATB), T-Bike (Dreirad)
• Reichweiten pro Akkuladung bis 80 Km und mehr möglich
(Änderungen und Irrtümer vorbehalten)

Anzeige

Ruhrlandklinik
Das Lungenzentrum
Essen-Heidhausen

Die Ruhrlandklinik ist ein überregionales Lungenzentrum mit den Abteilungen:
- Pneumologie-Universitätsklinik (Prof. Dr. H. Teschler)
- Pneumologie-Allergologie (Prof. Dr. U. Costabel)
- Thoraxchirurgie und thorakale Endoskopie (Prof. Dr. G. Stamatis)
- Anästhesie und Schmerztherapie (PD Dr. S. Kampe)
- Intensivmedizin (Dr. F. Bonin)

Die langjährige Kooperation mit dem Westdeutschen Tumorzentrum und dem Universitätsklinikum Essen garantieren die diagnostische Abklärung, Erforschung der Krankheitsursache und Therapieplanung im interdisziplinären Verbund mit erfahrenen Spezialisten anderer Disziplinen nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Empfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften.

Behandlungsspektrum:
- Chronische Bronchitis
- Lungenemphysem (COPD)
- Asthma bronchiale
- Pneumonie
- Asbestose
- Silikose
- Sarkoidose
- Lungenfibrose
- Pleuraempyem
- Bronchiektasen
- Tuberkulose
- Mukoviszidose im Erwachsenenalter
- Pulmonale Hypertonie
- Zwerchfelllähmung
- Schlafapnoe
- Heimbeatmung
- Respiratorentwöhnung
- Bronchialkarzinom
- Pleuramesotheliom
- Mediastinaltumoren
- Pneumothorax
- Luftröhrenchirurgie
- Emphysemchirurgie
- Lungentransplantation

Ausführliche Infos und Tipps finden Sie in unserer Klinikbroschüre oder auf unserer Homepage. Für die fachkompetente Beratung stehen Ihnen unsere Spezialambulanzen zur Verfügung.

Ruhrlandklinik
Tüschener Weg 40 · 45239 Essen
Fon: 0201-43301 · Fax: 0201-433-2009
Email: Ruhrlandklinik.Essen@t-online.de
www.Ruhrlandklinik.de

Sonderlehrgänge Fachübungsleiter Rehabilitationssport Innere Organe

Spezielle Ausrichtung: Atemwegs- und Lungenerkrankungen

Voraussetzungen:
Der Lehrgang ist geplant für
- Diplomsportlehrer/in
- Diplomsportwissenschaftler/in
- Diplomtrainer/in
- Sportlehrer/in
- Arzt/Ärztin
- Sonderpädagoge/in Schwerpunkt „Sport"
- Fachübungsleiter/in Behindertensport (Bayern)
- Physiotherapeut/in

Inhalte:

Ausbildungsblock A
Medizinische Grundlagen
- Aufbau und Funktion der Atemwege
- Aufbau und Funktion der Atempumpe
- Störungen bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
- Diagnostik der obstruktiven Atemwegserkrankungen
- Krankheitsmanagement
- Indikationen/Kontraindikationen für Lungensport
- Monitoring
- Notfallsituation

Ausbildungsblock B
Sportwissenschaftliche Grundlagen: Theorie und Praxis des Lungensports
- Grundlagen des Trainings bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
- Prinzipien des sportlichen Trainings bei Atemwegserkrankungen
- Sporttherapeutische Leistungsdiagnostik und Trainingssteuerung
- Atemtherapeutische Elemente (Theorie und Praxis)
- Selbstwahrnehmung
- Elemente aus der Patientenschulung
- Sportinduzierte psychosoziale Prozesse
- Aufbau einer Übungseinheit

Ausbildungsblock C
Organisatorische Grundlagen
- Gründung und Aufrechterhaltung einer Lungensportgruppe
- Zusammenarbeit mit anderen Institutionen
- Beiträge und Versicherungsschutz
- Verordnung von Rehabilitationssport/Funktionstraining
- Zuschuss und Kostenerstattung

Wenn Sie detailliert informiert sein wollen, fordern Sie bitte Unterlagen im Kontaktbüro der AG Lungensport in Deutschland e.V. an:
Telefon: (0 61 33) 20 21
E-Mail: lungensport@onlinehome.de

Die nächsten Termine, an denen Sonderlehrgänge zum Fachübungsleiter Rehabilitationssport Innere Organe (spezielle Ausrichtung: Atemwegs- und Lungenerkrankungen) beziehungsweise Refresher-Kurse zur Lizenzverlängerung (alle zwei Jahre) durchgeführt werden, können Sie unter www.lungensport.org erfahren oder direkt beim Kontaktbüro erfragen.

Die Umwelt beginnt im Wohnzimmer

Interview mit Dr. med. Andreas Hellmann, Vorsitzender des Bundesverbandes der Pneumologen

Luftpost: *Welchen Stellenwert nehmen umweltbedingte Erkrankungen im Praxisalltag eines Lungenarztes ein?*
Dr. Hellmann: Das ist eine schwierige Frage. Zuerst müsste der Begriff „Umwelt" genau definiert werden. Wenn man mit Umwelt das gesamte Umfeld meint, in dem sich ein Mensch bewegt, also Büros, Arbeitsplätze, Wohnräume und auch das städtische Umfeld einbezieht, dann ist anzunehmen, dass fast alle Atemwegserkrankungen mittelbar damit zu tun haben."

Luftpost: *Sind es die industriellen Abgase, die schaden?*
Dr. Hellmann: Ich möchte nichts schönreden, aber die industrielle Schadstoffbelastung ist zumindest in Deutschland zurückgegangen! Wenn ein Luft-Umwelt-Problem aktuell diskutiert werden sollte, dann ist es der motorisierte Verkehr und hier insbesondere der LKW-Verkehr, der nachweislich krank macht.

Luftpost: *Also: Güterverkehr auf die Schiene und Schluss mit Atemwegsproblemen?*
Dr. Hellmann: Grundsätzlich gefällt mir die einseitige Angehensweise beim gesamten Thema „Umweltbelastung und Gesundheit" nicht. Seit zwanzig Jahren befasse ich mich mit diesem Thema und immer wieder erlebt man Vereinfachungen des Problems.
Die Sache ist sehr komplex und nur im Zusammenhang zu verstehen. Die Schadstoffbelastung der Luft hat etwas mit Asthma zu tun. Aber nicht immer. Allergien können durch die Umweltbelastung gefördert werden – müssen aber nicht. Es können auch ganz einfach nur Hausstaubmilben oder Katzenhaare sein, die das Patientenleben zur Hölle machen. In der letzen Zeit mehren sich die Hinweise, dass Gifte, die im Wohnumfeld durch Bakterien und Mikroorganismen entstehen, an der Zunahme der Allergien in der Bevölkerung beteiligt sind. Es gibt aber noch viel zu erforschen, trotzdem sollte man handeln.

Luftpost: *Was muss die Politik für unsere Gesundheit leisten?*
Dr. Hellmann: Die beste „Politik" ist, eine Sensibilität für den eigenen Körper zu entwickeln. Konkret: Wer raucht, sollte sich nicht über den Autoverkehr als Lungenbelastung beschweren, sondern erst einmal seine Sucht in den Griff bekommen. Wer nicht raucht, kann beispielsweise sein Wohnumgebung untersuchen und prüfen, ob er von atemwegsbelastenden Stoffen umgeben ist. Trotzdem hat die Politik Nachholbedarf insbesondere beim motorisierten Verkehr.

Luftpost: *Asbestverseuchte Heizkörper gibt's doch kaum noch in Deutschland. Was schadet den Atemwegen sonst noch?*
Dr. Hellmann: (lacht) Vieles! Lösungsmittel in Lacken und Klebern, Schimmelpilze in Zimmerpflanzen, Haustiere, offene Kamine, Gaskocher und natürlich Zigarettenrauch. Die Liste lässt sich fortsetzen...
Die Umwelt beginnt im Wohnzimmer und nicht erst auf der Straße oder im Stau.

Anzeige

SaltPipe®: „Bringt den Nutzen der Salzminenatmosphäre zu Ihnen nach Hause"

Leichteres Atmen und Wohlbefinden
- bei Erkältung
- bei Asthma und Allergien
- bei Schlafproblemen durch Schnarchen
- bei belasteten Atemwegen durch Rauchen

Seit Jahrhunderten werden Salze als Volksheilmittel verwendet. Heute reisen Asthmakranke, Allergiker und Menschen die unter Atemwegsbeschwerden leiden, in Solebergwerke wie Berchtesgaden in Deutschland, Hallein in Österreich oder Praid in Siebenbürgen. Mit SaltPipe® holen Sie sich die Vorteile lindernder Salzkristalle bequem und kostengünstig nach Hause. Die Aktivstoffe des Inhalators SaltPipe® sind Salzkristalle aus der Salzmine in Praid, Siebenbürgen. Die schonend zerkleinerten Salzkristalle werden zwischen Porzellanfiltern platziert. Bei der Anwendung der SaltPipe® werden durch die angesaugte Luft kleinste Salzpartikel freigesetzt. Diese dringen tief in das Atemwegssystem ein, wo sie ihren lindernden Effekt entfalten. Empfohlene Dauer der Anwendung: 15 – 25 Minuten pro Tag. Regelmäßige Anwendung verbessert die Erfolge. Sie erhalten die SaltPipe® direkt bei der Fa. SaltPipe®, im Sanitätshaus oder in der Apotheke. (PZN Nr. 0540788)

SaltPipe®, Buchenring 6, 85229 Markt Indersdorf

Info:

Tel.: 08136/229922
Fax: 08136/228555
E-Mail: info@saltpipe.de
Internet: www.saltpipe.de

Luftpost: *Macht der Einsatz für den Umweltschutz also keinen wirklichen Sinn für die Lunge?*
Dr. Hellmann: Doch, doch. Ich will nur sagen, dass wir nicht warten sollten, bis die internationale Politik für uns sorgt. 14,5 Millionen Allergiker und sechs Millionen Asthmatiker können nicht warten.
Jeder kann etwas in seinem Umfeld tun. So sollte jeder Bürger beim leichtesten Anzeichen einer Allergie, die oft mit einer banalen Grippe verwechselt wird, zum spezialisierten Lungenarzt. Ein Jahr später kann schon ein sogenannter „Etagenwechsel" erfolgt sein, und man ist Asthmatiker. Das kann verhindert werden, setzt aber eine gewisse – ich nenne das – Proaktivität der Menschen voraus: Sie müssen für sich aktiv werden und dürfen auf keinen Fall zu lange warten. Viele unserer Patienten, die rechtzeitig zu uns kommen, wundern sich darüber, was die Medizin – schmerzfrei und schnell – leisten kann. Man muss sich eben nur in Bewegung setzen...
Am Besten aber zu Fuß und mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

Luftpost: *Herr Dr. Hellmann, wir danken Ihnen für Ihre offenen Worte.*

Asthma aus dem Auspuff?
Feinstaub, die unsichtbare Gefahr

Die Luftreinhaltung im industriellen Sektor hat sich in den letzen Jahren verbessert. Doch die rasante Zunahme des motorisierten Verkehrs, insbesondere der LKWs, hat jedoch diesen „Fortschritt" zunichte gemacht. Mehr als 50 Prozent der Luftschadstoffe entstammen dem Auto- und LKW-Auspuff. Es ist belegt, dass es vor allem die lungenangreifenden Feinstäube aus Dieselabgas und Reifenabrieb sind, die die unseren Organismus belasten.

Aber auch andere Ursachen spielen eine nicht unerhebliche Rolle. So produziert beispielsweise der Rauch einer Zigarette so viel Feinstaub, wie ein hundert Minuten laufender Dieselmotor. Selbst Haushalte und Büros verursachen Feinstaub.

Feinstaub – für das Abwehrsystem unsichtbar
Immer mehr, und vor allem immer kleinere Partikel werden in die Luft geblasen. Die bis zu zehn Mügramm kleinen unsichtbaren Teilchen gelangen tief in die Atemwege hinein und bis in die kleinsten Verästelungen der Lunge. Nasenschleimhaut und Bronchien sind nur auf das Abfangen von größeren „Eindringlingen" spezialisiert. Feinstaubkörner dagegen schlüpfen unerkannt durchs Abwehrsystem in den Organismus und sammeln sich an. Der Feinstaub kann sich in der Wand der Lungenbläschen festsetzen und dort eine Entzündung hervorrufen. Durchdringen die ultrafeinen Partikel die Wand der Lungenbläschen, gelangen sie sogar in die Blutbahn. Zudem nimmt man an, dass Feinstaub auch die Pollen verdreckt und diese in ihrer allergieauslösenden Wirkung somit aggressiver macht. Atemwegsallergien nehmen in Orten mit hoher Schadstoffbelastung rasant zu.

Atemwegserkrankungen, Asthma, Lungenkrebs, Herzkreislaufversagen
Medizinischen Studien zufolge führt eine andauernde Feinstaubbelastung zu erheblichen Atemwegserkrankungen wie Allergien, Asthma, chronischer Bronchitis und vor allem bei Kindern zu einer Verschlechterung der Lungenfunktion. Herzkreislaufversagen, Lungenkrebs und eine Verkürzung der Lebenserwartung können ebenfalls Folgen sein. Die Feinstaubbelastung hat einen mindestens so großen Anteil an den gesundheitsschädlichen Wirkungen der Außenluft wie Stickoxide und Schwefeldioxid. Besonders tragisch: Die Freisetzung von Schwebstaub, Kohlenmonoxid, Stickstoffdioxid und einer Reihe weiterer Atemgifte auf „Nasenhöhe" schadet vor allem Kindern. In einer 2004 von der der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichten Studie zu umweltbedingten Krankheiten bei Kindern wurde festgestellt, dass jährlich bis zu 13.000 Todesfälle bei Kindern im Alter von bis zu vier Jahren in den 52 europäischen Mitgliedsstaaten der WHO auf die Feinstaubbelastung in der Außenluft zurückzuführen sind.

Achten Sie auf Ihre Lunge: Frühzeitig zum Lungenfacharzt
Die Feinstaubdebatte ist endlich in Gang gekommen. Bis die nun diskutierten Maßnahmen (Fahrverbot, Russfilterpflicht) in Angriff genommen werden, bleibt nur, eine größere Sensibilität für die eigenen Atemwege zu entwickeln. Wer seiner Lunge große Belastungen zumutet, beispielsweise das Wohnen in einer Stadt oder häufiges, langes Autofahren und wer schon erste Beschwerden verspürt, sollte vorsorglich und rechtzeitig zum Lungenfacharzt (Pneumologen) gehen.

Quelle: Bundesverband der Pneumologen

Patienten fragen – Experten antworten

Unter dieser Überschrift beantworten wir allgemein interessierende Fragen, die „Luftpost"-Leser an die Redaktion gerichtet haben. Wenn Sie ebenfalls solche Fragen haben, dann schreiben Sie uns:

Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.
Berliner Straße 84
55276 Dienheim
E-Mail: pla@patientenliga-atemwegserkrankungen.de

Frau Claudia K. aus Maroldsweisach fragt an:

Mit heftigem Husten ging ich zum Lungenarzt und dieser diagnostizierte bei mir empfindliche Atemwege, noch kein Asthma und empfahl mir, ein Leben lang Kortison zu inhalieren und bei starken Hustenanfällen zudem ein atemwegserweiterndes Spray zu inhalieren.

Dies ist für mich auf Dauer aber keine Option für mein Leben, zumal ich Nebenwirkungen der Medikamente verspüre. Derzeit huste ich auch nicht.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar für sämtliche Infos, die Sie mir geben können: konkrete Alternativen zu Kortison & Co. (Anleitungen zu Atemübungen, Höhenluft, Homöopathie, Reiki, Therapiegruppen und noch mehr) – was auch immer da möglich ist, ich kenne mich nicht aus.

Professor Petro antwortet:

Sehr geehrte Frau K.,
Sie sagen, dass Sie wegen starkem Husten bei einem Lungenarzt den Rat bekamen, ein Leben lang Kortison zu inhalieren und bei starken Hustenanfällen zusätzlich ein atemwegserweiterndes Spray. Offenbar hat der Lungenarzt überempfindliche Atemwege diagnostiziert.

Sie sagen sehr klar und sehr hart, dass dies für Sie keine Option sei, da Sie Nebenwirkungen der Medikamente verspüren und derzeit auch keinen Husten haben. Im Weiteren fragen Sie nach breiten Informationen therapeutischer Art.

Zunächst einmal erlaube ich mir festzuhalten, dass der Weg vom Hausarzt zum Lungenarzt zweifelsfrei der richtige war. Ebenso wichtig ist es, dass man ein überempfindliches Bronchialsystem diagnostiziert hat. Der Lungenarzt hat das einzig Richtige getan, er hat Ihnen ein Inhalationskortison verordnet, welches die einzige effektive Möglichkeit ist, diese Geschichte zu behandeln. Aus Ihrem Schreiben ergeben sich zwei Fragen:

Sind die Hustenanfälle weggegangen, weil Sie die Therapie durchgeführt haben? Das wäre das schönste. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Überempfindlichkeit wiederkommt. Deshalb der Tipp vom Lungenarzt, das Kortison länger zu nehmen.

Anzeige

DER GESUNDE TIPP

Gönnen Sie sich eine Verschnaufpause mit unserem Kompaktangebot:

„Stärkung der Abwehrkräfte"

2 Wochen mit vitaler Vollverpflegung und Therapie ab 1.075,– €/Person

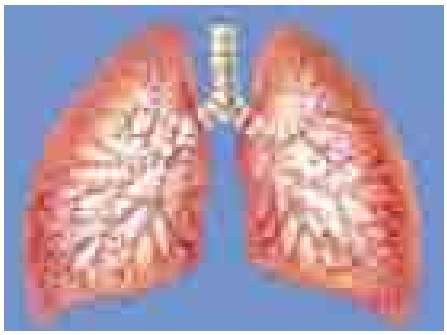
- Behandlung von **Atemwegsbeschwerden, Erkrankungen des Bewegungsapparats, Stresserkrankungen**
- Medizinisch ganzheitliche Betreuung
- Hydrotherapien, Wasseranwendungen nach Kneipp (Güsse, Kräuterbäder, Heublumenpackungen, Naturmoor, Fango)
- Physiotherapie, Wirbelsäulenprogramm
- Inhalationen mit Bad Reichenhaller Sole
- Spezialmassagen: Ganz- und Teilkörpermassagen, Fußreflexzonenmassagen, Lymphdrainage, Bindegewebsmassage, Akupunktmassage
- „Wellness im Heustadel", Cleopatrabad, Thalasso, Heubad, Schottisches Bad, Kosmetikstudio
- zauberhafte Saunalandschaft mit Erlebnispool 28° – Aquatraining nach der Z-Methode, Dampfbad, Brechlbad, Steinofensauna, finn. Sauna, Whirlpool, Solarium, Kneippanlage im Freien
- Menuewahl – vitales Frühstück, Naturküche, Molketrinkkur, Sonderernährung
- ganztägige Tee- und Vitaminbar, Obst, Rohkost
- Tennisplätze, Boccia, Freischach, Citybikes
- Golfdriving-Range mit 3x Par-3-Übungsanlage, Schnupperkurse und Platzreifekurse
- reizvolle Sonnenterrasse, schattiger Biergarten, urgemütliche, gepflegte Gasträume
- Kostenträger: Privat, Beihilfe, gesetzliche Krankenkassen, ambulante Behandlung möglich
- Ärzteteam: Dr. med. Beatrix Riedlsperger (Leitung)
  Dr. med. Wolfgang Paa
  Professor Dr. med. Wolfgang Petro (Ambulanz)

Schlossberghof

Schlossberg 5
D-83435 Bad Reichenhall
Telefon 0 86 51/7 00 50, Telefax 0 86 51 70 05 48
www.schlossberghof.de

Anzeige

3. Symposium Lunge



2009

COPD und Lungenemphysem

Welches sind die entscheidenden Therapiesäulen?

Von der Prophylaxe bis zur operativen Behandlung

Am Samstag,
3. Oktober 2009
9:00 bis 18:00 Uhr

Westfälisches Industriemuseum Henrichshütte – Gebläsehalle in Hattingen – Ruhr/NRW

Eintritt frei!

Ein Symposium für alle Atemwegs- und Lungenerkrankte, deren Angehörige, Ärzte und Fachpersonal

Veranstalter:

Lungenemphysem - COPD * Selbsthilfegruppe * SHG

Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

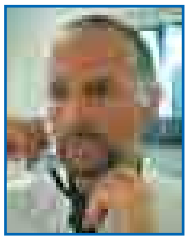
Als zweites ergibt sich die Frage nach den Nebenwirkungen, diese führen Sie nicht aus. Welche waren das dann? War es nicht eher eine generelle Abneigung gegen Kortison? Wenn Sie die Wahl haben zwischen bronchialer Überempfindlichkeit mit lebenslangem Husten und inhalativem Kortison, dann würde auch ich Ihnen dringend zum Kortison raten. So lange Sie Kortison inhalieren, werden Sie bis auf leichte Heiserkeit, schlimmstenfalls einen Mundpilz, den man gut behandeln kann, keine Probleme haben.

Unbehandelt allerdings muss man klar sagen, dass eine Überempfindlichkeit der Atemwege durchaus dazu neigt, in ein Asthma überzugehen.

Hinsichtlich Ihrer Fragen zu den vielen angesprochenen Punkten muss ich doch etwas hilflos reagieren. Hier könnte ich ganze Seiten füllen, weil das, was es gibt, wirklich extrem umfangreich ist. Ich darf Sie daher bitten, einfach pragmatisch vorzugehen und die von Ihnen genannten Schlagworte ins Internet zu geben. Wirkliche Alternativen inhalativer Art zum Kortison gibt es tatsächlich nicht, es gibt aber die sogenannten Leukotrienhemmer, hier das Singulair, was man bei Asthma mit und ohne allergischer Rhinitis einnehmen kann. Dieses Medikament vermindert ebenfalls die bronchiale Entzündung, ich hielte aber ein Inhalationskortison für Ihre Geschichte für die geeignetere Variante!

In der Hoffnung Ihnen geholfen zu haben verbleibe ich

mit freundlichen Grüßen



Professor Dr. med.
Wolfgang Petro,
Bad Reichenhall
Sanatorium Schlossberghof
Marzoll

Gebrauchter Sauerstoffkonzentrator zu verkaufen

Rollkoffer O-zwei mobil 2.0
Hersteller: air-be-c
etwa dreieinhalb Jahre alt
gerade gewartet und generalüberholt

Preis nach Vereinbarung
(Neupreis: circa 3.700 Euro)

Frau Fleermann-Vossen
Telefon: (0 29 21) 34 80 98

Vor dem Antritt einer Reise – in heimatliche Gefilde oder in die Ferne – müssen Atemwegskranke gründliche Planungen anstellen.

Verreisen mit einer chronischen Atemwegserkrankung

Was ist dabei zu beachten?

Immer wieder stellen sich Patienten mit einer chronischen Atemwegserkrankung – sei es mit einer chronisch obstruktiven (einengenden) Bronchitis mit/ohne Lungenemphysem oder mit einem Asthma bronchiale – die Frage, kann ich trotz meiner Krankheit verreisen und wo sollte ich am besten hinfahren?

Der erste Teil der Antwort ist einfach. Selbstverständlich können und sollen auch Menschen mit einer chronischen Atemwegserkrankung – unabhängig davon, ob sie überhaupt noch berufstätig sind – einmal Urlaub von ihrem Zuhause machen.

Der zweite Teil der Antwort ist etwas schwieriger, den „idealen" Ort, den man allen Betroffenen empfehlen kann, gibt es nicht. Das liegt, wie man sich leicht vorstellen kann, daran, dass jeder Patient seine ganz persönliche Atemwegserkrankung hat und dass jeder über ein sehr individuelles körperliches Leistungsvermögen verfügt. Ein Weg, den der eine zum Beispiel beim Wandern in einem Mittelgebirge noch leicht bewältigen kann, stellt unter Umständen für einen anderen schon ein kaum noch zu bewältigendes Hindernis dar.

Während der eine auf das Reizklima an der See schwört, kommt der andere mit dem Wind und mit den – auch im Sommer möglichen – kühlen Temperaturen gar nicht zurecht.

Ausschlaggebend für einen erholsamen und auch im wahrsten Sinne des Wortes „schönen" Urlaub sind daher die richtige Vorbereitung und eine sorgfältige Planung. Dies gilt natürlich insbesondere dann, wenn Sie zum ersten Mal Urlaub an einem Ort machen wollen, den Sie noch nicht kennen. Und denken Sie daran, bei Empfehlungen von gesunden Freunden oder Bekannten, manchmal sogar bei Ratschlägen von medizinischen „Fachleuten" ist stets eine gewisse Vorsicht geboten, denn nur ein Betroffener selbst weiß, wie und bei welchen Gegebenheiten ihn seine eigene Atemnot belasten kann.

Die folgenden Hinweise in Form von Fragen sollen Ihnen helfen, den für Sie ganz persönlich „richtigen" Urlaub zu machen. Schreiben Sie sich Ihre Antworten auf, zum Beispiel Anschriften, Telefonnummern. Kopieren Sie Unterlagen, die Sie immer wieder brauchen können, beispielsweise Rezepte, Befunde, Beipackzettel.

Frage 1: Haben Sie ein Asthma bronchiale oder eine chronisch obstruktive Bronchitis?

Wenn Sie ein Asthma bronchiale haben, kommt es darauf an, ob Ihr Asthma von Allergenen geprägt wird oder nicht. Wenn Sie auf bestimmte Allergene mit asthmatischen Beschwerden reagieren, müssen Sie die Sie betreffenden Allergene am Urlaubsort – soweit vorhersehbar – meiden.

Worauf kommt es also an:

- örtlichen Pollenflugkalender besorgen (Fremdenverkehrsamt)
- Milbenbelastung soweit wie möglich ausschalten (Bettwäsche, Matratzen – Anfrage im Hotel, am besten eigene „milbendichte" Bezüge mitnehmen)

Wenn Sie eine chronisch obstruktive Bronchitis haben, die eventuell mit einer Überblähung der Lunge verbunden ist, kommt es vor allem darauf an, wie stabil die Erkrankung im Allgemeinen und bei Beginn der Reise ist. Wie weit sind Sie körperlich noch belastbar? In Abhängigkeit davon, spielen die örtliche Lage Ihrer Unterkunft, deren Umgebung, öffentliche Verkehrsmittel, Nichtraucherzimmer und Nichtraucherräume eine wichtige Rolle. Zur Vermeidung von Infekten ist zwingend witterungsgerechte Kleidung (schneller Wetterwechsel sowohl an der See als auch im Mittelgebirge) erforderlich.

Bei der Verwendung von Inhalationsgeräten muss deren Reinigung möglich sein. Sind Sie bereits sauerstoffpflichtig, müssen Sie auf jeden Fall vor Beginn des Urlaubs klären (Gerätehersteller, Sauerstofflieferant), ob am Reiseziel eine ausreichende Versorgung und Hilfe bei technischen Defekten gewährleistet ist. Es empfiehlt sich, mit den genannten Stellen vor Reisebeginn einmal selbst zu sprechen und nicht nur auf Auskünfte anderer zu vertrauen (Sicher ist sicher!).

Frage 2: Welche anderen Faktoren beeinflussen Ihre ganz persönliche Atemwegserkrankung?

Kommt es zum Beispiel zu einer akuten Atemnot, wenn im Freien oder in Räumen bestimmte „Belastungen" bestehen, beispielsweise Wind, Nebel, Kälte, Luftschadstoffe, Ozon oder Rauch, Kaminfeuer, Kerzen, neue Möbel, Bodenbeläge, Tapeten? (Anfrage im Hotel wegen eventueller Innenraumbelastungen, die Sie vermeiden wollen).

Frage 3: Waren Sie schon einmal während der vorgesehenen Jahreszeit in dem geplanten Urlaubsort und wie kommen Sie dorthin?

Unterschiedliche Jahreszeiten und die damit verbundenen unterschiedlichen Wetterlagen (Temperatursturz, Heizmöglichkeiten) können gerade bei Atemwegserkrankungen erhebliche Auswirkungen haben. Übrigens da Sie Ihre eigene Leistungsfähigkeit als informierter Patient realistisch einschätzen können, fahren Sie selbstverständlich zu Ihrem Urlaubsort mit dem Verkehrsmittel, das für Sie am bequemsten, das heißt am wenigsten belastend ist (Bahn, reservierte Plätze, Gepäcktransport). Bei Fahrten mit dem eigenen Auto regelmäßig Pausen einlegen und an der frischen Luft bewegen.

Patienten mit einer chronischen Atemwegserkrankung können grundsätzlich auch fliegen. Hinweise darüber, was bei einem Flug zu beachten ist, finden Sie in einem Informationsblatt der Deutschen Atemwegsliga e.V. mit dem Titel „Tipps für Flugreisen".

Frage 4: Haben Sie Ihre erforderlichen Medikamente dabei (im Handgepäck!), auch in einer ausreichenden Menge?

Erforderlich sind selbstverständlich die Medikamente, die Sie regelmäßig zur Aufrechterhaltung eines stabilen

Anzeige

Infos zu Sauerstoff im Flugzeug für COPD-Kranke

Flugreisen sind für COPD-Patienten nicht tabu. Viele Betroffene brauchen aber an Bord eine Sauerstoffversorgung. Unter welchen Bedingungen Fluggesellschaften den Stoff zur Verfügung stellen, ist jetzt in einer Datenbank im Internet nachzulesen.

Die European Lung Foundation hat alle europäischen Fluggesellschaften nach deren Bedingungen für eine zusätzliche Sauerstoffversorgung in Flugzeugen befragt und die Ergebnisse in einer Datenbank veröffentlicht. Diese Datenbank wurde jetzt von der Deutschen Atemwegsliga e.V. übersetzt und ist ab sofort im Internet auf Deutsch verfügbar.

Wie die Liga meldet, untersagen etliche Fluggesellschaften zum Beispiel die Mitnahme eines Sauerstoffvorrates an Bord. Betroffene müssen sich dann darauf verlassen, dass Sauerstoff zur Verfügung gestellt wird. Die Bedingungen für die Bereitstellung variieren zwischen den einzelnen Fluggesellschaften stark. Unter Umständen ist die Sauerstoffanwendung auch nur bei Start und Landung verboten. Einige Fluggesellschaften gestatten die Mitnahme von Gasdruckflaschen oder die Verwendung tragbarer Sauerstoffkonzentratoren, die Sauerstoff von Raumluft trennen. Allerdings kann dies auf bestimmte Flugzeugmodelle beschränkt sein.

Generell sollten COPD-Kranke für eine Flugreise optimal eingestellt und in stabilem Zustand sein.

Siehe www.de.european-lung-foundation.org unter „Flugreisen mit Sauerstoff".

Quelle: Ärzte Zeitung, 17. Februar 2009

Zustandes Ihrer Atemwegserkrankung einnehmen müssen. Und Sie wissen auch selbst – und Ihre Begleitperson weiß das auch – welche Wirkung die unterschiedlichen Medikamente haben. Wie Sie die Dosierung im Falle einer Verschlechterung – Sie haben das ja mit Ihrem Arzt besprochen! – selbst erhöhen können und was Sie und/oder Ihre Begleitperson bei einem akuten Atemnotanfall schon selbst tun können/müssen, bevor Sie ärztliche Hilfe (Notarzt!) anfordern.

Sie sollten aber nicht nur Ihre Medikamente immer dabei haben – auch wenn Sie an Ihrem Urlaubsort unterwegs sind –, sondern auch ein Peak-Flow-Meter, damit Sie, wenn dies aus ihrer Sicht erforderlich ist, das Ausmaß der Öffnung Ihrer Atemwege selbst messen können. Falls Sie Probleme mit dem Abhusten von Schleim haben sollten, nehmen Sie auch die zur Unterstützung der Lösung des Schleims geeigneten Geräte mit.

Übrigens, wenn Sie eine Allergie haben, die zu lebensbedrohlichen Reaktionen führen kann (Wespen, Bienen, Meeresfrüchte, Nüsse) haben Sie doch wohl immer (!) Ihr Notfallset dabei und Sie und Ihre Begleitperson wissen auch, wie die einzelnen Medikamente einzusetzen sind. Wissen verhindert Angst!

Es empfiehlt sich, gerade bei Nahrungsmittelallergien die zu meidenden Allergene in der jeweiligen Landessprache auf einem Zettel notiert zu haben, den Sie dem Bedienungspersonal zeigen können!

Frage 5: Wie ist die ärztliche Versorgung an Ihrem Urlaubsort?

Zuverlässige Informationen über die bestehenden ärztlichen und anderweitigen Hilfen am Urlaubsort tragen wesentlich dazu bei, dass Sie „beruhigt" Urlaub machen können. Zögern Sie nicht, sich diese Informationen zu beschaffen.

Was sollten Sie also wissen:

- Wo ist der nächste Arzt; wie ist er erreichbar?
- Gibt es einen Lungenfacharzt (eigene Praxis, Krankenhaus) in der Nähe; wie ist er erreichbar?
- Wo ist das nächste Krankenhaus; hat es eine pneumologische Ambulanz/Abteilung?
- Können/dürfen Sie Ihren „Hausarzt" anrufen? (Telefonnummer!)

Nehmen Sie Ihr Handy mit (einschließlich Ladegerät!), damit Sie, zum Beispiel bei Spaziergängen oder Wanderungen, auch von unterwegs Hilfe anfordern können, etwa ein Taxi. Besorgen Sie sich einen Fahrplan der öffentlichen Verkehrsmittel.

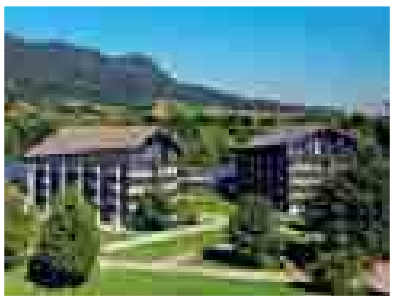
Wenn Sie alle oben gegebenen Hinweise beachten und sich entsprechend vorbereiten, dürfte trotz Ihrer chronischen Atemwegserkrankung einem angenehmen und erholsamen Urlaub, wo immer Sie ihn auch verbringen werden, nichts mehr im Wege stehen. Gute Reise!

Dr. rer. pol. Helmut Berck
Vorsitzender der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Anzeige

FACHKLINIK ALLGÄU
PFRONTEN
Verhaltensmedizinisches Zentrum für Pneumologie und Allergologie & Zentrum für Integrative Psychosomatik

Lebensfreude und Aktivsein trotz Asthma oder COPD



Ziel unserer fachklinischen Behandlung ist es, den Patienten zum Experten seiner eigenen Gesundheit zu machen. Das Ergebnis soll eine möglichst normale Lebensqualität – trotz chronischer Krankheit – sein.

Das Programm umfasst u.a.

- die notwendige fachärztliche Diagnostik
- die fachärztliche Überprüfung und ggf. Optimierung der medikamentösen Therapie
- eine umfassende Patientenschulung (Asthma, COPD, Allergie, Ernährung und vieles andere)
- eine gezielte Atemphysiotherapie
- eine spezielle medizinische Trainingstherapie (auch für Schwersterkrankte)
- physikalische Anwendungen
- Tabakentwöhnung
- Ernährungsberatung
- psychologische Hilfen
- Hilfsmittelversorgung und Ergotherapie

Ihre Fragen beantworten wir gerne unter Telefon 08363/691-122
oder besuchen Sie uns im Internet unter www.fachklinik-allgaeu.de

Peter-Heel-Straße 29 · 87459 Pfronten-Ried · Telefon 08363/691-122 · Telefax 08363/691-119 · info@fachklinik-allgaeu.de · www.fachklinik-allgaeu.de

Was müssen sauerstoffpflichtige Patienten bei Flugreisen beachten?

„Wenn einer eine Reise tut, dann kann er was erzählen!" – Bei sauerstoffpflichtigen Patienten müsste es wohl besser heißen: „Wenn jemand eine Reise plant,...", denn wer als sauerstoffpflichtiger Patient bereits einmal eine Flugreise geplant beziehungsweise tatsächlich durchgeführt hat, der weiß um die Probleme, die sich in diesem Zusammenhang ergeben können.
„Was muss ich beachten?", „Wen muss ich über welchen Umstand informieren?", „An wen muss ich mich zu welchem Zeitpunkt wenden?", „Welche Möglichkeiten der Sauerstoffversorgung gibt es?" Dies sind nur einige der zu klärenden Fragen, die die Patienten häufig sogar vom ursprünglich geplanten Reisevorhaben zurückschrecken lassen.
Doch das muss nicht sein. Mit der entsprechenden Urlaubsplanung und einigen wichtigen Vorbereitungen kann man den Urlaub ganz entspannt genießen – ohne sich Gedanken über die Sauerstoffversorgung machen zu müssen!

Und wie geht man nun genau vor?

Zunächst sollten Sie vor der Reise mit Ihrem Arzt abklären, ob die Reise beziehungsweise das Fliegen für Sie problematisch ist. Zur Untersuchung gehört neben dem Arztgespräch eine Lungenfunktionsprüfung. Unter Umständen führt Ihr Arzt dazu entsprechende Tests durch. Eine Blutgasanalyse ist dabei eine einfache Methode, das mögliche Risiko für eine Sauerstoffunterversorgung während des Fluges zu prüfen. Aufgrund veränderter Druckverhältnisse in Flugzeugen kann es darüber hinaus vorkommen, dass manche Patienten einen erhöhten Bedarf an medizinischem Sauerstoff während des Fluges haben. Der Kabineninnendruck von Langstreckenflugzeugen, die in einer Höhe von circa 9.000 bis 11.000 Metern fliegen, entspricht zum Beispiel einer Höhe von etwa 2.400 m über dem Meeresspiegel. Der Sauerstoffdruck in der Kabine ist daher etwa um 25 Prozent vermindert. Ob dieser Umstand Ihnen Probleme bereiten kann, muss durch einen Arzt festgestellt werden.
Die Europäische Fachgesellschaft für Lungenheilkunde (European Respiratory Society) empfiehlt beispielsweise die Mitnahme von Sauerstoff bei einem zu erwartende Sauerstoffdruck im Blut (PaO_2) von unter 55 Millimeter Quecklibersäule (mmHg). Teilweise legen die Fluggesellschaften auch eigene Kriterien fest.
Nachdem nun Ihre generelle Flugtauglichkeit festgestellt wurde, kann es zum Reisebüro gehen. Bei der Auswahl des Reiseziels sollte darauf geachtet werden, dass der Zielort nicht im Hochgebirge liegt. Auch massive Luftverschmutzungen oder einen abrupten Klimawechsel vom kalten Deutschland in tropische Hitze verkraftet nicht jeder.
Die Sauerstoffversorgung ist bei den einzelnen Fluggesellschaften sehr unterschiedlich geregelt. Wichtig bei allen ist jedoch, dass Sie frühzeitig – am besten direkt bei der Buchung – auf Ihre Sauerstoffpflicht hinweisen, da die jeweilige Fluggesellschaft über diesen Sachverhalt vorher Bescheid wissen muss.
Welche Möglichkeiten der Sauerstoffversorgung während des Fluges gibt es? Soviel vorweg: Eine Versorgung mittels Flüssigsauerstoff besteht in keinem Fall!
Zunächst besteht die Möglichkeit einer Sauerstoffversorgung durch die Fluggesellschaft selbst (sogenannte Bordversorung). Die Fluggesellschaft versorgt dabei den Patienten während des Fluges gegen eine Gebühr mit Sauerstoff. Die Gebühren sind in der Regel relativ hoch (circa 300 Euro) und werden nicht immer von den Krankenkassen übernommen.
Eine weitere Möglichkeit ist die Sauerstoffversorgung mittels Druckgasflaschen.
Bei dieser Versorgungsform sollte die Reisedauer berücksichtigt werden, so dass unter Umständen ein Betrieb mittels Sparsystem zur Anwendung kommt. Bei einem Sparsystem handelt es sich um ein tragbares Sauerstoffsystem mit einer mikroprozessor- oder pneumatischgesteuerten Einheit, bei der der Sauerstoff synchron mit jedem Atemzug bedarfsgerecht verabreicht wird. So wird verhindert, dass wertvoller Sauerstoff nutzlos verloren geht. Die Kapazität wird deutlich erhöht, die Reichweite des Sauerstoffs verlängert. Voraussetzung für einen Einsatz ist die Demandfähigkeit des Patienten, das heißt der Nutzer muss in der Lage sein, diese Steuerung mit seiner Einatmung durch die Nase zu steuern! Diese Fähigkeit kann ebenfalls bei einem Arzt getestet werden.
Für die Verwendung der Druckgasflaschen ist es erforderlich, dass Ihr Sauerstoffversorger Ihnen eine sogenannte Unbedenklichkeitbescheinigung ausstellt, in der das mitgeführte Equipment genau aufgeführt und in dem die Unbedenklichkeit desselben bestätigt wird. Diese Unbedenklichkeitsbescheinigung wird dann über Ihr Reisebüro beziehungsweise über den Reiseveranstalter der Fluggesellschaft übermittelt.
Wichtig: Aufgrund der vielen unterschiedlichen Ventilanschlüsse von Sauerstoffflaschen (in Deutschland zum Beispiel nach DIN-Norm, in den Beneluxstaaten etwa das sogenannte Benebul-Ventil oder in den USA das sogenannte PIN-Index-Ventil) ist eine Befüllung der mitgeführten Sauerstoffflaschen am Urlaubsort unter Umständen mit Schwierigkeiten verbunden. Die Druckgasflaschen sind daher hauptsächlich für den reinen Flug beziehungsweise den Reiseweg einzusetzen.
Die technischen Neuerungen und Weiterentwicklungen in der letzten Zeit erlauben neben den Druckgasflaschen

auch noch eine weitere Möglichkeit, nämlich den Einsatz sogenannter (Mini-) Reisekonzentratoren.
Diese mobilen Konzentratoren funktionieren genauso wie die größeren stationären Standgeräte, das heißt sie absorbieren mittels Kompressor fortlaufend Sauerstoff aus der Umgebungsluft und geben den so gewonnenen Sauerstoff an den Patienten ab. Jedoch sind sie speziell für den mobilen Einsatz konzipiert. Sie sind also im Vergleich zu den stationären Geräten extrem leicht und können so problemlos getragen werden. Zudem können die Geräte nicht nur mittels externer Stromquelle (normale Steckdose) betrieben werden, sondern zusätzlich an einem 12-Volt-Anschluss in Fahrzeugen (über den Zigarettenanzünder). Daneben laufen einige Geräte sogar ganz ohne externe Stromzufuhr per Akku.
All diese Geräte sind mittlerweile von den meisten Fluggesellschaften auch für die Benutzung während des Fluges zugelassen. Dennoch gilt auch hier zu beachten, dass die Benutzung frühzeitig anfragt bzw. angemeldet werden muss – am besten direkt bei der Buchung. Dazu erhalten Sie bei Bedarf vom jeweiligen Anbieter die entsprechenden technischen Informationen der Geräte, die dann der Fluggesellschaft zur Verfügung gestellt werden können.

Vorteil der Konzentratoren im Vergleich zu den Druckgasflaschen: Der Sauerstoffvorrat geht nicht zur Neige, da er fortlaufend aus der Umgebungsluft gewonnen wird. Bestimmt wird die Verwendungszeit bei den mobilen Konzentratoren durch die Akkuleistungen, die je nach Modell und eingestellter Sauerstoffflussrate bis zu zehn Stunden betragen kann. Grundsätzlich könnten solche Geräte neben der Sauerstoffversorgung für den reinen Flug beziehungsweise den Reiseweg somit auch für die Dauer des gesamten Urlaubes eingesetzt werden.
Für alle (Flug-) Reisen und Urlaubsorte und unabhängig von der gewählten Versorgungsform während des Fluges gilt darüber hinaus, dass Sie sich als Reisender ebenfalls vor der Reise frühzeitig über die Möglichkeiten einer Sauerstoffversorgung am Urlaubsort informieren. Lassen Sie also am besten ebenfalls vom Reisebüro oder Reiseveranstalter die Möglichkeiten vor Ort abklären, um im Fall der Fälle eine entsprechende Anlaufstelle zu haben. Gegebenenfalls gibt es hierzu auch Erfahrungen in einer Selbsthilfegruppe von Atemwegskranken in Ihrer Nähe (siehe Gruppenverzeichnis ab Seite 47).

Arndt Sobottka, Hattingen, GTI medicare GmbH

Anzeige

Asthma besser unter Kontrolle

Patienten schätzen das DMP „AOK-Curaplan Asthma" – aber viele Teilnehmer überprüfen die Funktion ihrer Lunge zu selten

In Deutschland leiden – nach Daten des „Weißbuchs Lunge" – circa fünf Prozent der Erwachsenen sowie zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen unter Asthma bronchiale. Nach aktuellen Daten einer internationalen Studie, der International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), hat sich die Krankheitshäufigkeit bei Kindern noch erhöht: In Deutschland hatten nach Angaben von Eltern circa 13 Prozent der sechs- bis siebenjährigen Kinder in den vergangenen zwölf Monaten asthmatische Symptome. Im Vergleich dazu waren bei den ersten Erhebungen fünf Jahre zuvor circa zehn Prozent der Kinder betroffen. Bei dem vom Robert-Koch-Institut durchgeführten Kinder- und Jungendgesundheitssurvey (KIGGS) gaben 4,7 Prozent der Eltern an, dass bei ihren Kindern ein Asthma bronchiale ärztlich festgestellt wurde.

Asthmapatienten, die am DMP „AOK-Curaplan Asthma" teilnehmen, profitieren von der strukturierten Behandlung und von der intensiveren Kontrolle der Erkrankung durch ihren Arzt. Das hat eine Patientenbefragung ergeben, die die AOK in Bayern im August 2008 durchgeführt hat. Befragt wurden 800 erwachsene Teilnehmer von 18 bis 60 Jahren und 200 Eltern von teilnehmenden Kindern zwischen fünf und 14 Jahren, die seit mindestens einem Jahr am DMP der AOK Bayern teilnehmen.

Zwei Drittel der erwachsenen Teilnehmer und drei Viertel der Eltern gaben an, dass der Arzt im Rahmen der Kontrolluntersuchungen regelmäßig überprüft, ob die Medikamente richtig inhaliert werden. „Eine korrekte Anwendung ist gerade bei den Inhalationssprays besonders wichtig, da sie nur richtig wirken können, wenn sie auch bis tief in die Lunge gelangen", sagt Dr. Gerhard Schillinger, Arzt beim AOK-Bundesverband. Die Teilnahme am DMP Asthma führt offensichtlich dazu, dass die Ärzte hier genauer hinschauen: 40 Prozent der erwachsenen Teilnehmer und 30 Prozent der Eltern erklärten, dass die regelmäßige Kontrolle der Inhalationstechnik erst seit der Teilnahme am „ AOK-Curaplan Asthma" stattfindet. Wenn man bedenkt, welche Schlüsselrolle die „richtige" Inhalation bei der Therapie des Asthmas hat, dann ist eine solche Verbesserung einerseits vorbehaltlos zu begrüßen. Anderseits gerät man aber ins Grübeln, wenn man bedenkt, dass erst das DMP dieses Ergebnis bewirkt hat, beziehungsweise wenn man sich bewusst macht, wie es nach wie vor um

Medikation bei Asthma je nach Zusatzrisiken

Die Schwere des Asthma bronchiale bei der Erstvorstellung in der Praxis sagt nur wenig darüber aus, welche medikamentöse Strategie bei dem betreffenden Patienten am Besten zur Asthmakontrolle geeignet ist.
Das hat Professor J. Christian Virchow auf dem Kongress der European Respiratory Society in Berlin betont. Zusätzliche Faktoren können dazu aber Hinweise liefern. Eine Studie hat nach Angaben der Pneumologen ergeben, dass etwa Asthmapatienten mit einer zusätzlichen allergischen Rhinokonjunkvitis* deutlich besser auf eine Kombination von Montelukast (zehn Milligramm pro Dosis) und Budesonid (zweimal 400 Mügramm pro Dosis) ansprechen als auf die Verdoppelung der Kotikoiddosis (zweimal 800 Mügramm pro Dosis Budesonid). In der PRAACTICAL-Studie ließ sich der additive Effekt bei Patienten mit leichtem und mittelschweren Asthma und Rhinokonjunktivitis auch langfristig aufrecht erhalten.
Rauchen ist ein wichtiger Risikofaktor für ein besonders schwer kontrollierbares Asthma. Auch diese Patientengruppe könnte besonders von der Therapie mit dem Leukotrienantagonisten profitieren, berichtete Virchow bei einem von MSD unterstützten Symposium. Eine Studie mit 44 asthmakranken Nichtrauchern und 39 mäßigen Rauchern belege, das Raucher im Unterschied zu Nichtrauchern deutlich besser auf Montelukast ansprechen als auf inhalative Kortikoide.
Eine zusätzliche Behandlung mit Montelukast könnte auch eine Option für Patienten sein, deren Asthma sich nur unzureichend mit inhalativen Kortikoiden oder lang wirksamen Betamimetika kontrollieren lässt. In einer Studie wird gerade bei 1.681 Erwachsenen mit schlecht kontrollierten leicht bis mittelschweren Asthma untersucht, ob die zusätzliche Anwendung von Montelukast (zehn Milligramm pro Dosis) die Asthmakontrolle und die Lebensqualität bessert. Die Ergebnisse der Studie werden im kommenden Jahr veröffentlicht.

Quelle: Ärzte Zeitung, 17. Oktober 2008

* allergische Rhinokonjunktivitis = Heuschnupfen

die Inhalationstechnik der Asthmatiker bestellt ist, die noch nicht in ein DMP eingeschrieben sind.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Frage nach einem Notfallplan: „Arzt und Patient besprechen ganz genau, wie man einen drohenden Notfall erkennt und was dann zu tun ist. Unter anderem geht es darum, welche Medikamente man wie einnehmen soll und wann der Notarzt gerufen werden sollte", erklärt Dr. Gerhard Schillinger. Dadurch können in vielen Fällen schwere Komplikationen vermieden werden. Immerhin 44 Prozent der Erwachsenen und knapp 70 Prozent der Kinder konnten einen Plan zum Selbstmanagement vorweisen. Fast die Hälfte dieser Patienten hat den Notfallplan aber erst nach der Einschreibung in das DMP erhalten. Wenn – nach der Teilnahme an dem DMP – gut 40 Prozent der erwachsenen Patienten einen Notfallplan hatten und fast die Hälfte – also 20 Prozent – einen Notfallplan erst während der DMP bekommen haben, heißt das, dass vor der Beteiligung am DMP 80 Prozent – also vier von fünf – keinen Notfallplan hatte. Es bleibt außerdem zu hoffen, dass allen Patienten, die einen Notfallplan erhalten haben, auch die im Notfall erforderlichen Medikamente verordnet wurden.

Besonders gut gefällt den Teilnehmern, dass im DMP eine intensivere Kontrolle der Erkrankung stattfindet. Mehr als 80 Prozent der Patienten erklärten, dass ihnen das Programm den Umgang mit der Asthmaerkrankung erleichtert. 86 Prozent der Erwachsenen und 82 Prozent der Eltern gaben zudem an, dass ihnen das Programm hilft, Asthmasymptome und Beschwerden besser einzuschätzen. Auf die Frage, ob ihre Kinder seit der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm seltener Asthmabeschwerden haben, antworteten 23 Prozent der Eltern mit „trifft eher zu", 46 Prozent sogar mit „trifft voll und ganz zu". Dennoch gibt es hier offensichtlich weiteren Verbesserungsbedarf: „Die Zahl der Patienten, die aufgrund von akuten Asthmabeschwerden innerhalb der letzen zwölf Monate mindesten einmal ärztliche Hilfe benötigten, ist mit 35 Prozent bei den Erwachsenen und 41 Prozent bei den Kindern recht hoch", so Dr. Gerhard Schillinger. Von den befragten Erwachsenen und Kindern gaben circa 20 Prozent außerdem an, dass sich ihr jeweiliger Arzt etwas mehr Zeit nimmt, mehr über die Krankheit informiert und die Meinung und Wünsche des Patienten selbst in die Behandlung einbezieht. Gut die Hälfte der befragten Patienten gibt außerdem an, dass sie ihr Asthma besser einschätzen können, dass sie es besser verstehen und unter Kontrolle haben und dass sie sich um den weiteren Verlauf der Krankheit weniger Gedanken machen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Befragung war die Erkenntnis, dass von einem Großteil der Patienten der Peak-Flow nicht gemessen wurde. Die Gründe dafür waren allerdings nicht geklärt. Denkbar ist also, dass die Patienten selbst nicht wussten, dass es ein Peak-Flow-Meter gibt, dass ihr Arzt es nicht verordnet hatte oder dass sie es zwar hatten, aber es nicht benutzten. Was immer im Einzelfall ursächlich war, diese Patienten waren nicht in der Lage, ihr Asthma im Rahmen eines Selbstmanagements ausreichend zu kontrollieren. Die nur „gefühlte" Lungenfunktion ist kein ausreichendes Steuerungsmerkmal.

„Die regelmäßige Überprüfung des so genannten Peak-Flow ist ein wichtiger Pfeiler, um Verschlechterungen rechtzeitig zu erkennen und richtig reagieren zu können, um akute Notfälle zu vermeiden", betont Dr. Gerhard Schillinger. 42 Prozent der Erwachsenen und 21 Prozent der Eltern teilnehmender Kinder gaben an, den Peak-Flow-Wert nie zu messen. Aber auch hier gab es eine positive Entwicklung durch die DMP-Teilnahme: 46 Prozent der Erwachsenen und 54 Prozent der Eltern erklärten, den Peak-Flow seit der Teilnahme regelmäßiger zu überprüfen.

Das Programm „AOK-Curaplan Asthma" wird von Befragten insgesamt sehr positiv beurteilt: 92 Prozent würden anderen Betroffenen oder Eltern die Teilnahme am Programm empfehlen.

Peter Willenborg, Berlin
AOK-Bundesverband

Dr. rer. pol. Helmut Berck, Mainz
Vorsitzender der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Werden Kinder gegen Pneumokokken geimpft, profitieren auch die Senioren

Die Impfung von Kindern gegen Pneumokokken bietet nicht nur diesen einen wirksamen Schutz, sie führt auch zu einer sogenannten Herdimmunität und schützt dadurch auch alte Menschen in der Umgebung der geimpften Kinder.
Diese Aussage machte Professor Georg R. Siber aus Cambridge, USA. Er verwies darauf, dass diese Entwicklung in den USA seit der Einführung der Impfung von Kindern festgestellt werden könnte.

Quelle: Ärzte Zeitung, 5./6. Dezember 2008

Chronischer Husten als Belastung für den Beckenboden

Neuerscheinung des Buches: „Beckenboden der Frau und des Mannes: verstehen – wahrnehmen – aktiv trainieren“

„Jeder Hustenstoß geht in die Hose“ – das wird von vielen Atemwegs-Erkrankten beklagt. Das chronische Husten und Niesen stellt für den Beckenboden dieser Patienten eine extreme Belastung dar. Auf Dauer kann das zur Inkontinenz führen. Viele wissen aber nicht, dass ihnen geholfen werden kann. Denn dieser Zustand muss nicht sein!

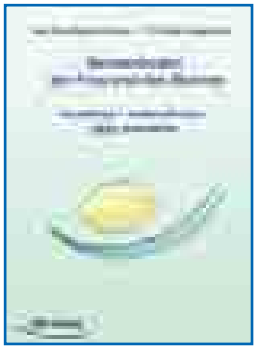
Verliert man Urin beim Husten beziehungsweise beim Niesen, hat das etwas mit der Körperhaltung zu tun, assoziiert mit einer Schwächung der Beckenbodenmuskulatur. Hustet man mit gekrümmter Wirbelsäule und nach vorne gebeugtem Kopf begünstigt diese Haltung eine Inkontinenz.
Eine funktionelle Hustenhaltung dagegen entlastet den Beckenboden und die Hustenstöße werden nicht gegen den Beckenboden weitergeleitet. Ein funktionelles Beckenbodentraining kommt deswegen jedem Patienten zugute. Lernt man noch dazu die Beckenodenmuskulatur durch funktionelle Übungen zu kräftigen, so kann man den Beckenboden wieder „fit“ machen und dessen Problemen vorbeugen.

Das Buch „Beckenboden der Frau und des Mannes: verstehen – wahrnehmen – *aktiv* trainieren“ von der Diplomsportlehrerin Ana Maria Bianchi-Werner und dem Urologen Dr. Edwin Hungerhuber leistet jedem Hilfe zur Selbsthilfe.

Im theoretischen Teil wird durch anschauliche Illustrationen von Horst Gärtner das notwendige, aktuelle Wissen über den Beckenboden prägnant, medizinisch fundiert und praxisbezogen vermittelt, so dass jeder in die Lage versetzt wird, den eigenen Beckenboden zu entdecken und zu verstehen.

Der Praxisteil behandelt ausführlich folgende Themen:
- Husten und Niesen kontinent überstehen
- Urindrang aufschieben
- Kontinenzfähigkeit testen
- Durchblutung des Beckenbodens fördern
- Beckenbodensenkungen verbessern beziehungsweise vorbeugen
- Verspannungen in den Hüft-, Becken- und Lendenwirbelsäulenbereich lösen
- die Beckenbodenmuskulatur funktionell aktiv trainieren
- den Beckenboden im Alltag entlasten, schützen und schonen

Das Buch ermöglicht ferner dem atemwegserkrankten Patienten zu entdecken, dass ein funktionelles Beckenbodentraining auch ein *Atemtraining* und ein *Rückentraining* ist.

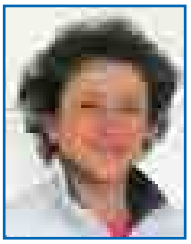


Informationen zum Buch

Titel: „Beckenboden der Frau und des Mannes:
verstehen – wahrnehmen – *aktiv* trainieren“
Autoren:
Ana Maria Bianchi-Werner,
Dr. Edwin Hungerhuber
DBI-Verlag
80 Seiten Inhalt,
DIN A5, vierfarbig,
48 Übungen, 50 Illustrationen, 50 Fotos
Preis: 9,99 Euro zusätzlich Versandkostenpauschale: 2,95 Euro (Deutschland) beziehungsweise 6,00 Euro (sonstiges Europa)

Zu beziehen über DBI Verlag
Fax: (0 86 33) 50 69 74
E-Mail: info@dbi-verlag.de
Internet: www.dbi-verlag.de

Autorin:
Ana Maria Bianchi-Werner
Diplomsport- und Sprachlehrerin
Fachübungsleiterin für Lungensportgruppen
Spezialisiert auf Prävention, Rehabilitation, Fitness



Anzeige

Pulsoxymeter SPO 6000™
*Einfach zu bedienen, Ein/Aus Automatik
*Robustes und attraktives Design
*LCD mit bidirektionaler Ablesemöglichkeit
*AutoSpot Technologie
*Geringer Energieverbrauch
*Universelle Fingermuffe

DIE NEUE GENERATION

Pulsoxymeter SPO 6100™
*Speichermöglichkeit der Messergebnissen
*Pädiatrische Sensoren erhältlich
*Beleuchtetes LCDisplay
*Niedriger Energieverbrauch
*Extrem leicht, wiegt nur 85g

SOL Medizintechnik GmbH&Co.KG
Telefon: 05261-667702 Telefax: 05261-667704

Zum zweiten Mal füllte sich das Westfälische Industriemuseum Henrichshütte in Hattingen mit etwa 1.700 wissbegierigen Atemwegspatienten zum Symposium Lunge 2008.

Symposium Lunge 2008 – ein außergewöhnlicher Erfolg

Am 13. September 2008 fand in Hattingen, Ruhr (Nordrhein-Westfalen), das Symposium Lunge 2008 statt. Es stand unter dem Motto:

COPD und Lungenemphysem
Leben mit der Krankheit
Was kann man tun?

Veranstalter des Symposiums waren die drei Patientenorganisationen:

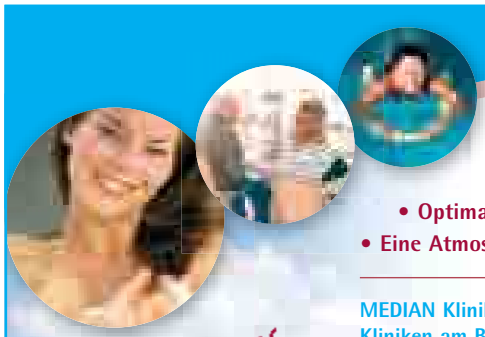
COPD – Deutschland e.V.
Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland
Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Das Symposium richtete sich nicht nur an Patienten mit einer chronisch obstruktiven (einengenden) Bronchitis mit oder ohne Lungenemphysem (Lungenüberblähung), auch COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) genannt, sondern auch an die Angehörigen der Patienten, die bei der Bewältigung einer COPD eine wichtige Rolle spielen. Für die Angehörigen wurden daher zwei Workshops angeboten mit dem Thema „Die Bewältigung der alltäglichen Probleme im Umgang mit COPD und Lungenemphysem".

Die Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. und die Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland unterhalten in der Bundesrepublik mehr als 70 lokale und regionale Gruppen, in denen mehrfach im Jahr über die chronischen Atemwegserkrankungen COPD und Lungenemphysem, aber auch über das Asthma bronchiale sowie über alle Aspekte der langfristigen Therapie mit Sauerstoff informiert wird. Referenten bei solchen Veranstaltungen sind in aller Regel Lungenfachärzte aus Klinik und Praxis, die dies ohne Honorar tun.

Die Veranstalter des Symposiums sind daher – zusammen betrachtet – in der Bundesrepublik „Marktführer" hinsichtlich des Angebots kompetenter, aktueller und wissenschaftlich fundierter Informationen über die Volkskrankheit COPD auf der lokalen, der regionalen und auf Bundesebene.

Anzeige



Der Mensch im Mittelpunkt
MEDIAN Kliniken

• Optimale Rehabilitationsprogramme für Patienten mit Atemwegserkrankungen und Allergien
• Eine Atmosphäre zum Wohlfühlen, in der auch ein Lächeln zur Therapie gehört

MEDIAN Klinikum für Rehabilitation Bad Salzuflen
Kliniken am Burggraben
Alte Vlothoer Straße 47 – 49 · 32105 Bad Salzuflen
Anmeldung und Information:
Tel. 0 52 22 / 37 – 0 oder – 37 37
Fax 0 52 22 / 37 – 44 40

MEDIAN Klinik Heiligendamm
Direkt an der Ostsee, eigener Therapiestrand, Thalassotherapie!
Zum Strand 1 · 18209 Heiligendamm
Anmeldung und Information:
Tel. 03 82 03 / 44 – 525 oder – 526
Fax 03 82 03 / 44 – 999

www.median-kliniken.de
Anerkannt von Rentenversicherungsträgern, gesetzl. Krankenkassen, Beihilfestellen, Berufsgenossenschaften und priv. Krankenversicherungen.

Das Symposium Lunge 2008 wurde bei einer Teilnahme von knapp 1.700 Besuchern – das waren rund 400 mehr als im Jahr zuvor – von Jens Lingemann, dem Initiator und Organisator des Symposiums, Vorsitzender des COPD – Deutschland e.V. und gleichzeitigem Gründer und Koordinator der Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland, eröffnet. In seiner Begrüßung wies Jens Lingemann darauf hin, dass die drei Veranstalter stets bemüht sind, durch ihre intensive Kooperation COPD- und Emphysempatienten Rat und Hilfe anzubieten.
Nach wie vor werde die COPD hinsichtlich ihrer Belastungen für die Lebensqualität der Betroffenen und für das Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit nur unzureichend wahrgenommen.
Auf der Basis einer richtigen Diagnose und der Akzeptanz der Therapie müssten Arzt und Patient die Erkrankung gemeinsam „managen". Ein besonderer Dank gelte daher den Referenten, die auf dem Gebiet der Pneumologie national und international als Kapazitäten ihres Fachs anerkannt seien. Ihr persönlicher Einsatz und ihr Engagement für die Bemühungen der Veranstalter bilden eine wesentliche Grundlage für den Erfolg des Symposiums.
Ein besonderes Grußwort an die Gäste und die Veranstalter des Symposiums richtete Hans Dirmeier, Gründer und Ehrenvorsitzender der Deutschen Selbsthilfegruppe Sauerstoff-Langzeit-Therapie e.V. (LOT) Herr Dirmeier betonte vor allem, wie wichtig es sei, dass die Selbsthilfeorganisationen die Verbundenheit der Patienten untereinander fördern und ihre Arbeit nur am Wohle der Betroffenen orientieren. Die Vermittlung von Wissen und der Austausch von Erfahrungen im Umgang mit den chronischen Atemwegserkrankungen müsse das Ziel jeglicher Bemühungen sein. „Getrennt marschieren, gemeinsam siegen", sei die Devise.
Geleitet wurde die Veranstaltung von Professor Dr. Helmut Teschler, dem Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und Chefarzt der Abteilung Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin an der Ruhrlandklinik Essen-Heidhausen.

Zu folgenden Themen wurden auf dem Symposium Lunge 2008 Vorträge angeboten:

Früherkennung, erste Anzeichen und Maßnahmen. Warum bleiben COPD und Emphysem oftmals so lange unerkannt?

Professor Dr. med. Helmut Teschler, Essen

COPD und Lungenemphysem sind immer noch Spätdiagnosen, obwohl diese Erkrankungen in den letzten Jahren den Rang einer Volkskrankheit angenommen haben. Der wichtigste Grund für die Spätdiagnosen dürfte in der Tatsache zu sehen sein, dass Patienten mit leichtem Lungenemphysem oder leichter COPD an unspezifischen Symptomen wie Husten und Auswurf leiden und diese bagatellisieren. Führt Atemnot zu eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit, wird oft keine Lungenfunktionsprüfung veranlasst, sondern die verminderte Leistungsfähigkeit durch körperliche Schonung kompensiert.
Sucht der Patient doch einen Arzt auf, werden die frühen Symptome oft genug verharmlost und keine Anstrengungen unternommen, die Ursache der Beschwerden gründlich abzuklären. Nicht selten wird die Atemnot auf eine Herzerkrankung geschoben, doch selbst bei unauffälliger Herzdiagnostik wird dann keine Lungenfunktionsprüfung veranlasst. Hinzu kommt, dass Lungenfunktionsprüfungen in dieser Situation von Hausärzten selten eingesetzt oder die Ergebnisse verharmlost werden. Doch nur durch gründliche Abklärung durch den Spezialisten könnte die Diagnose „COPD" in einem frühen Stadium erkannt und eine adäquate Behandlung eingeleitet werden. Kurz und gut: Die Frühdiagnose von Emphysem und COPD liegt nach wie vor schwer im Argen!

Fazit: Die COPD ist eine Erkrankung, die die Lunge zerstört. Vor allem die richtige Behandlung der akuten Verschlechterung, der Exazerbation, ist für die Patienten „lebenswichtig."

Notwendigkeit der Behandlung durch den Pneumologen, umfassende Diagnostik im ambulanten/stationären Bereich

Dr. med. Wolfgang Scherer, Utersum auf Föhr

Kaum eine Spezialdisziplin der Inneren Medizin verfügt über eine so aussagekräftige, gut standardisierte und nichtinvasive Funktionsdiagnostik wie die Lungenheilkunde. Nichtinvasiv bedeutet, dass die Patienten nur wenig belastet werden, umgekehrt können die Untersuchungen problemlos wiederholt werden, um eine sichere Diagnostik der Erkrankung, der Einschätzung des Schweregrades und eine Verlaufskontrolle zu gewährleisten.
Der Vortrag stellte die Routinemethoden dar, wie sie jeder Lungenarzt in seiner Praxis regelmäßig durchführt. Für Patienten verständlich wurden die Grundprinzipien der Bodyplethysmographie, der Diffusionsmessung, der Blutgasanalyse, der Mundverschlussdruckmessung und der Ergospirometrie erklärt. Weitere Methoden der bildgebenden Diagnostik (Röntgen, CT, Ultraschall des Herzens) wurden in ihrer Bedeutung ebenfalls kurz dargestellt.

Fazit: : Eine routinemäßige Lungenfunktion der Patienten mit Atemnot ist der Traum aller Pneumologen. Daher geht an die Allgemeinmediziner und die Internisten die Bitte, liebe Kolleginnen und Kollegen, denkt auch an die Lunge.

Asthma und COPD: zwei verschiedene Krankheitsbilder?

Professor Dr. med. Kurt Rasche, Wuppertal

Das Asthma beginnt in der Regel in der Jugend und ist häufig mit Allergien verknüpft. Nur circa 30 Prozent der Patienten mit Asthma bronchiale sind Raucher. Die Krankheit betrifft überwiegend die Atemwege, während das Lungengerüst in der Regel nicht betroffen ist.
Die COPD ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters. In der Regel haben die Patienten jahrelang Zigaretten geraucht. Neuere Untersuchungen zeigen jedoch auch, dass circa 20 bis 30 Prozent der Patienten mit COPD Nichtraucher waren. Die COPD verändert sowohl die Atemwege als auch das Lungenparenchym.
Das Asthma bronchiale und die COPD unterscheiden sich sowohl in ihren Symptomen als auch in der Lungenfunktion und der Darstellung in den bildgebenden Verfahren, insbesondere der Computertomographie. Die Unterscheidung von Asthma und COPD ist für die Behandlung und die Prognose der Erkrankungen von großer Bedeutung; sie sollte daher stets angestrebt werden. Die verbesserte Kenntnis der Unterschiede zwischen Asthma und COPD werden auch sicher dazu führen, dass gezieltere medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden für die beiden Krankheitsbilder entwickelt werden können.

Fazit: COPD ist nicht Asthma. Asthma ist nicht COPD. Ein Asthma kann gut, eine COPD jedoch nur eingeschränkt behandelt werden.

Trainingstherapie mit Sauerstoff trotz fortgeschrittener COPD

Dr. med. Klaus Kenn, Schönau

Der Zeitpunkt, an dem ein COPD-Patient einsehen muss, dass es ohne Sauerstofflangzeittherapie nicht mehr geht, wird meist als weiterer Schritt nach unten, als „Strafe" wegen der Öffentlichmachung der Krankheit und somit als Grund für zusätzliche Resignation erlebt.
Dass Sauerstoff nicht anbindet, sondern vielmehr mobiler machen kann, dass er für viele das wichtigste aller Medikamente ist und dass Sauerstoff das Leben besser und länger macht, all dies wurde ausführlich dargestellt und an Beispielen aus der täglichen Praxis erläutert.

Fazit: Individuell dosiertes körperliches Training schafft Lebensqualität in jedem Stadium einer COPD. Körperliches Training bringt gerade den schwer Erkrankten viel und fördert die psychische Entspannung und damit die gesamte Lebensqualität.

Was fördert, was verhindert die Compliance des Patienten

Professor Dr. med. Rainer Willy Hauck, Bad Reichenhall

Die medizinische Behandlung lebt durch das funktionierende Zusammenspiel von Arzt, Patient und Behandlungsmaßnahme. Das Verstehen des Patienten, seines Anliegens, seiner speziellen Krankheitssituation und möglicherweise seiner sozialen Beeinträchtigung ist von ebenso großer Bedeutung wie das „Verstandenwerden" des Arztes durch den Patienten. Hier helfen informative Gespräche und Aufklärung. Diese schaffen Vertrauen,

Anzeige

damit auch komplexe ärztliche Entscheidungen vom Patienten umgesetzt werden.
Ausschlaggebend für den Erfolg der Behandlung ist in erheblichem Maße die Therapietreue des Patienten. Diese kann wiederum nur dann entstehen, wenn die vereinbarten medikamentösen, nichtmedikamentösen und apparativen Behandlungsmaßnahmen vom Patienten umgesetzt werden.
Letztlich spielt auch der Komfort der Behandlung für die Compliance eine Rolle – so tragen auch einfach anzuwendende Medikamente und technisch für jedermann zu bedienende Geräte zum Gelingen einer erfolgreichen medizinischen Behandlung bei.

Fazit: Die Nicht-Compliance ist die teuerste Erkrankung, denn nur 30 bis 50 Prozent aller Therapieempfehlungen werden von den Patienten auch umgesetzt. Eine erfolgreiche Therapie ist nur möglich, wenn Patient und Arzt vertrauens- und verständnisvoll zusammenarbeiten.

Kortison – Teufelszeug oder Wundermedizin?

Professor Dr. med. Adrian Gillissen, Leipzig

Die Nebenwirkungen systemischer, das heißt als Spritze oder als Tablette gegebener Kortikosteroide sind umfangreich und von der Dosis, der Dauer der Verabreichung und des gewählten Kortikosteroids abhängig. Beispiele sind hierfür das Cushing-Syndrom mit Vollmondgesicht, Entwicklung einer Impotenz, Verstärkung eines bestehenden Diabetes mellitus, Fettverteilungsstörungen mit Überwiegen im Gesicht, am Nacken und am Stamm sowie Fettverlust an den Extremitäten, Osteoporose (Knochenerweichung), Augenerkrankungen und vieles andere mehr.
Kann daher heute Kortison noch mit ruhigem Gewissen verordnet werden, gibt es vielleicht bessere entzündungshemmende Medikamente?
Kortison hat aber auch etwas Gutes. Im allergischen Schock rettet es Menschenleben; es vermindert die Symptome beim Rheuma und wirkt bei bestimmten Entzündungsformen, zum Beispiel chronisch entzündlicher Darmerkrankung oder Lungenerkrankungen, bei denen das Lungengewebe durch das eigene Immunsystem angegriffen wird. Kortison kann auch lokal wirken, beispielsweise in Form von Hautcremes und natürlich bei der inhalativen Therapie bei Asthma oder bei der COPD. Bei der lokalen Anwendung treten deutlich weniger Nebenwirkungen auf.
Beim Asthma ist die inhalative Kortisonanwendung mit einer Reduktion von Asthmasterbefälle assoziiert, wie große Studien zweifelsfrei belegen konnten.
Bei der COPD kann eine langfristige inhalative Kortisontherapie die Rate an akuten Verschlimmerungen (Exazerbationen) signifikant senken und zumindest im Trend die Anzahl der Sterbefälle verringern.
Die häufigste Nebenwirkung bei der inhalativen Therapieform ist ein Pilzbefall von Mund und/oder Rachen und eine Heiserkeit. Deswegen muss nach der Anwendung der Mund gespült werden, wahlweise kann man etwas essen oder trinken, um die Medikamentenreste zu beseitigen.
Moderne inhalative Kortisonpräparate werden in der Leber sehr schnell abgebaut, so dass auch bei hohen inhalativen Dosen systemische, das heißt den ganzen Körper betreffende, Nebenwirkungen kaum auftreten.
Natürlich gibt es Alternativen. Diese sind aber entweder schwächer antientzündlich wirksam oder haben noch größere Nebenwirkungen. Die gute Effektivität von Kortison fußt auf der sehr breiten, das heißt auf vielen Ebenen der Entzündung eingreifenden Wirkung.
Zusammenfassend bleibt es also leider dabei: Kortison ist beides, zwar ein Teufelszeug, aber auch ein Lebensretter. Wie fast immer in der Medizin kommt es bei der Wirkung und den Nebenwirkungen auf die Dosis, die Form der Verabreichung und die Therapiedauer an, die im Rahmen von Nutzen und Schaden – auf die Erkrankung bezogen – gegeneinander abgewogen werden müssen.

Fazit: Inhalatives Kortison muss dauerhaft genommen werden, und zwar stets in Kombination mit einem Medikament, das die Bronchien erweitert. Dabei muss die „technisch" richtige Inhalation unbedingt beherrscht werden. Höher dosiertes Kortison in Form von Tabletten sollte – wenn möglich – nur im Notfall in Form einer Stoßtherapie verabreicht werden und dann nur über einen begrenzten Zeitraum, beispielsweise über zwei Wochen.

Ventile für die Lunge: bronchoskopische Lungenvolumenreduktion

Professor Dr. med. Jochim Ficker, Nürnberg

Bei Patienten mit sehr schwerem Lungenemphysem wird in sehr seltenen Fällen eine operative Lungenvolumenreduktion durchgeführt. Dabei werden besonders stark vom Emphysem betroffene Bereiche der Lunge entfernt, so dass vor allem die „Atemmechanik" verbessert wird. Insbesondere die Funktion des Zwerchfells, des wichtigsten Muskels unserer „Atempumpe", kann durch eine Lungenvolumenreduktion bei optimalem Verlauf zeitweise deutlich verbessert werden.
Um die Operationsrisiken zu vermeiden, wurde in den letzten Jahren das Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion durch Implantation von speziellen Ventilen in die Bronchien entwickelt. In dem Vortrag wurde dieses Verfahren dargestellt.

Fazit: Die Implantation von speziellen Ventilen in die Bronchien ist nur dann zu rechtfertigen, wenn der Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit davon einen (großen) Vorteil hat. Um dies zu gewährleisten, sind umfangreiche Voruntersuchungen erforderlich. Zudem muss eine „ven-

tilgerechte" Anatomie der Bronchialgänge gegeben sein.

Sauerstofftherapie bei COPD. Wann nötig? Wie lange? Wie?

Dr. med. Konrad Schultz, Bad Reichenhall

Bei COPD-Patienten mit anhaltendem Sauerstoffmangel ist die Langzeitsauerstofftherapie eine entscheidende Behandlungsmaßnahme. In dem Vortrag wurde dargestellt, bei welchen Patienten eine solche Behandlung sinnvoll und notwendig ist und welche Untersuchungen vorher erforderlich sind. Weiter wurde erläutert, wie die Sauerstofftherapie konkret durchgeführt werden muss (Dauer, Sauerstoffdosierung in Ruhe und bei Belastung, Nasenpflege, Sauerstoffsonden, Sparventile). Eingegangen wurde auch auf die verschiedenen Sauerstoffquellen (Sauerstoffkonzentratoren oder Flüssigsauerstoff). Ein wichtiger Themenschwerpunkt war die Mobilität unter Sauerstoff.

Fazit: Sauerstoffmangel im Blut bleibt zunächst unbemerkt, macht schließlich irgendwann müde und schädigt in einem späteren Stadium massiv das Herz. Die Dauergabe von Sauerstoff – mindestens 16 Stunden, besser 24 Stunden – verhindert daher die Schädigung des Herzens und der anderen Organe. Die COPD mit ihren Symptomen, also Auswurf, Husten, Atemnot, bleibt aber bestehen.

Neue Erkenntnisse zum Stellenwert von Mukopharmaka bei COPD

Professor Dr. med. Uwe R. Jürgens, Bonn

Die chronische Bronchitis mit den typischen Symptomen Husten und Auswurf wird heute der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) im GOLD-Stadium I zugeordnet. Sie wird primär verursacht durch verschiedene inhalative Schadstoffe, insbesondere durch das Zigarettenrauchen und weitere Umweltbelastungen, wie Feinpartikel, Ozon und andere Emissionen oder sie kann genetisch bedingt sein.
Infekte der Atemwege und Exazerbationen sind gehäuft bei vermehrter Schleimproduktion und oft bestimmend für den Verlauf der chronischen Bronchitis.
Leitlinien (www.goldcopd.org) empfehlen den Betroffenen primär die Einatmung von Schadstoffen, welche die Lunge belasten, zu vermeiden sowie Schutzimpfungen

Anzeige

und bedarfsweise die Inhalation kurzwirksamer Bronchodilatatoren.
Schleimlösende Medikamente (Mukolytika), zum Beispiel Ambroxol oder NAC, werden dagegen nicht generell empfohlen, auch wenn einige Patienten davon profitieren, wird der Gesamtnutzen als gering angesehen.
Da Sauerstoffradikale die Schleimproduktion, die Verengung der Bronchien, die Kortisonresistenz und den Abbau von schützenden Antiproteasen induzieren, ist ein neues, über die Sekretolyse hinausgehendes, antioxidatives und antiinflammatorisches Wirkprofil für Mukopharmaka wichtig, um die bei chronischer Bronchitis und schwerer COPD vergleichbare entzündliche Zellinfiltration frühzeitig zu kontrollieren.
Um diese Hypothese zu prüfen, wurde von Professor Dr. med. Jürgens in früheren Untersuchungen für 1.8-Cineol, bekannt als der Hauptbestandteil von Eucalyptusöl (SoledumR Kapseln), bisher eine Hemmung wichtiger Entzündungsmediatoren, die die Schleimproduktion und die Exazerbationen fördern, festgestellt. In einer aktuellen klinischen Studie (noch nicht veröffentlicht) bei mittel- bis schwerer COPD (GOLD II-III, 220 Patienten) nahm unter 1.8-Cineol die Anzahl, Schwere und Dauer der Exazerbationen ab.
Diese Ergebnisse sind überraschenderweise vergleichbar oder besser als Ergebnisse der von Leitlinien empfohlenen kombinierten Therapie und lassen den Wirkstoff aufgrund seiner systemischen und atemwegsrelevanten Wirkung als Zusatztherapie bei COPD besonders empfehlen.

Fazit: Zäher Schleim verengt die Atemwege, begünstigt Entzündungen und erfordert viel Kraft beim Abhusten. Neuere, zum Teil noch unveröffentlichte Studien lassen eventuell darauf schließen, dass Cineol, der Hauptbestandteil von Eucalyptusöl, in Kombination mit inhalierbarem Kortison ein neuer Behandlungsansatz für die Verringerung der Entstehung von Schleim sein könnte.

Rehabilitation bei COPD ambulant/stationär – was macht Sinn?

Professor Dr. med. Wolfgang Petro, Bad Reichenhall-Marzoll

Maßnahmen der Rehabilitation mit ihren inhaltlichen Schwerpunkten wie optimierte medikamentöse Therapie, Patientenschulung, Trainingstherapie, physikalische Therapie und Selbsthilfetechniken sind heute wissensbasiert wesentlicher Anteil einer leitliniengerechten Therapie.
Die Entwicklung von Standards der stationären wie auch der ambulanten Rehabilitation bei COPD stellt für beide Verfahrensweisen im Wesentlichen gleiche Inhalte dar.
Somit ist die ambulante Rehabilitation gleichwertig mit der stationären und nach diesen Vorgaben durchgeführte Maßnahmen sind vom Effekt her vergleichbar. Ambulante Rehabilitation jedoch ist in Deutschland praktisch nicht verfügbar. Die Gründe sind vorwiegend historischer und politischer Art.
Ein effizientes Patientenmanagement bei COPD jedoch ist nur möglich, wenn stationäre und ambulante Maßnahmen in enger Verzahnung im Dreieck Hausarzt – Patient – Rehabilitation umgesetzt werden.

Fazit: Sowohl die ambulante als auch die stationäre Rehabilitation bringen, wenn sie sach- und fachgerecht durchgeführt werden, eine spürbare Verbesserung der Lebensqualität von COPD-Patienten. Ambulante Rehabilitation wird in Deutschland aber faktisch nicht angeboten; sie ist wohl auch gesundheitspolitisch nicht gewollt. Stationäre Rehabilitation wird zwar angeboten; sie wird aber von den Ärzten nur unzureichend verordnet und von den Patienten nicht mit dem nötigen Druck nachgefragt.

Im Anschluss an die Vorträge wurden, moderiert von Professor Dr. med. Wolfgang Petro, Fragen von Patienten zu allen Aspekten der COPD von Professor Dr. med. Helmut Teschler und Professor Dr. med. Adrian Gillissen beantwortet. Die Fragestunde dauerte 45 Minuten. Zusammengefasst lautete die Botschaft an die Patienten: Eine COPD kann – nach den heutigen Erkenntnissen – nicht geheilt werden, aber man kann lernen, mit einer COPD zu leben. Auf dem Symposium Lunge 2008 wurden erstmals zwei Workshops für Angehörige von COPD- und Lungenemphysempatienten angeboten.
Die Partnerinnen und die Partner von Patienten mit einer COPD und/oder einem Lungenemphysem spielen bei der Bewältigung einer solchen Erkrankung eine wichtige Rolle. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Erkrankung sich in einem fortgeschrittenen Stadium befindet. Die Betroffenen brauchen nämlich häufig schon bei der Bewältigung der „Alltagsprobleme", beispielsweise beim Waschen, Duschen oder Ankleiden, umfassende Hilfe. Hinzu kommt die Bewältigung emotionaler Belastungen, zum Beispiel Angst, Depressionen, Lebensmüdigkeit. Partner spielen außerdem eine wichtige Rolle als „Ersthelfer" bei einem akuten Atemnotanfall. Bitte beachten Sie auch den Beitrag ab Seite 6.
In den gut besuchten Workshops, die von dem Vorsitzenden der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V., Dr. rer. pol. Helmut Berck, moderiert wurden, kam es zu einem umfassenden Erfahrungsaustausch über den partnerschaftlichen Umgang mit COPD-Patienten. Es wurde angeregt, in den lokalen Selbsthilfegruppen der Veranstalter jeweils über die Einrichtung eines Gesprächskreises der Partnerinnen und Partner zu sprechen. Die Teilnehmer schlugen außerdem vor, dass beim Symposium Lunge 2009 erneut Workshops für Angehörige angeboten werden, in denen dann jeweils nur ein bestimmtes Thema behandelt werden sollte.

Nicht nur die einzelnen Vorträge und die Workshops des Symposiums Lunge 2008 fanden das besondere Interesse der Besucher, sondern auch die zusätzlich angebotenen kostenlosen Serviceleistungen wurden sehr rege in Anspruch genommen. Im Einzelnen waren dies:

- Messungen der Lungenfunktion
- Messung des CO-Gehalts in der Ausatemluft
- Bestimmung der Sauerstoffsättigung im Blut
- Test auf Alpha-1-Antitrypsinmangel
- Messungen des persönlichen Peak-Flow-Wertes, des Blutdrucks, des Blutzuckers und des Körperfettanteils

An den jeweiligen Messplätzen bildeten sich während des gesamten Tages lange Warteschlangen. Die Wartezeit wurde durchweg zum Erfahrungsaustausch untereinander genutzt.
Ein weiterer wichtiger Anlaufpunkt für alle Besucher war die mit dem Symposium verbundene Informationsausstellung. Die etwa 30 Stände der unterschiedlichsten Aussteller waren stets dicht umlagert. Viele persönliche Auskünfte wurden gegeben, umfangreiches Informationsmaterial wurde mit nach Hause genommen – und wird hoffentlich auch gelesen. Zu den Ausstellern gehörten:

- Unternehmen rund um die sichere, dauerhafte Versorgung mit Sauerstoff
- renommierte Kliniken für die Durchführung von stationären Rehamaßnahmen
- Unternehmen, die über die Ursachen, die Diagnosen und die Therapien von chronischen Atemwegserkrankungen informierten
- die drei veranstaltenden Patientenorganisationen selbst mit eigenen Informationsständen über ihre Aktivitäten und mit ihrem Informationsmaterial

Zum Ende der Veranstaltung wurden in einer Tombola zahlreiche von den Ausstellern gestiftete Preise verlost. Es handelte sich dabei um Fachbücher, mehrere Sauerstoffmessgeräte, ein Inhalationssystem mehrere Gutscheine für Sauerstoffversorgungen während eines Urlaubs sowie Reisegutscheine in unterschiedlicher Höhe.

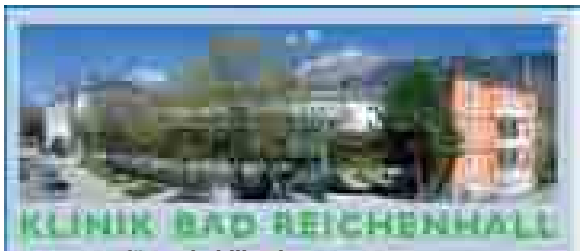
In seinem Schlusswort dankte Jens Lingemann den Referenten, den Ausstellern, vor allem aber den Besuchern des Symposiums, die dessen überwältigenden Erfolg erst möglich gemacht haben. Ein besonderer Dank galt allen ehrenamtlichen Mitarbeitern des COPD – Deutschland e.V., der Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland und der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V., die das Gelingen des Symposiums Lunge 2008 zum Wohle der Patienten maßgeblich geprägt haben.
Außerdem übergab Jens Lingemann eine Spende des COPD – Deutschland e.V. in Höhe von 2.000 Euro an Herrn Professor Dr. med. Adrian Gillissen von der Deutschen Lungenstiftung e.V. Die Mittel sollen zweckgebunden für Maßnahmen zur Hilfe und wissensmäßigen Unterstützung der von den Krankheiten Betroffenen sowie zur Unterstützung der Prophylaxe und Forschung über die COPD verwendet werden.
Die gesamte Veranstaltung wurde von einem professionellen Filmteam begleitet. So wurden unter anderem alle Vorträge vollständig aufgenommen. Diese DVD zum Symposium Lunge 2008 ist mittlerweile fertig gestellt und kann gegen einen Kostenbeitrag von 7,00 Euro beim COPD – Deutschland e.V. (Adresse siehe Impressum auf Seite 51) erworben werden.

Die Erstellung einer solchen DVD ist für einen Patientenkongress ein absolutes Novum. Die Teilnehmer, vor allem aber diejenigen, die das Symposium Lunge nicht besuchen konnten, können sich die Vorträge in aller Ruhe ansehen.

Dr. rer. pol. Helmut Berck
Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Jens Lingemann, Hattingen
COPD – Deutschland e.V.
Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland

Anzeige



Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie

Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

Salzburger Str. 8-11 in 83435 Bad Reichenhall
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

KLINIK
BAD REICHENHALL

Das Symposium Lunge 2009: COPD und Lungenemphysem

Welches sind die entscheidenden Therapiesäulen? Von der Prophylaxe bis zur operativen Behandlung

Es findet statt am Samstag, 3. Oktober 2009
9.00 bis 18.00 Uhr
Westfälisches Industriemuseum
Henrichshütte – Gebläsehalle – Werksstraße 31-33
45527 Hattingen/Ruhr

Themen, die auf dem Symposium Lunge 2009 behandelt werden:

- Die Krankheitsbilder COPD und Lungenemphysem Gemeinsamkeiten und Unterschiede
  Professor Dr. med. Teschler
- Hauptursache von COPD und Emphysem ist das Rauchen Nichtraucherprävention und Tabakentwöhnung bei COPD
  Dr. med. Thomas Hering
- Alpha-1-Antitrypsinmangel als mögliche Ursache des Emphysems
  Professor Dr. med. Claus Franz Vogelmeier
- Der COPD-/Emphysempatient in der ambulanten pneumologische Praxis
  Norbert K. Mülleneisen
- Der COPD-/Emphysempatient in fachstationärer Behandlung
  Professor Dr. med. Kurt Rasche
- Notwendigkeit der Verordnung der Sauerstofflangzeittherapie und die Umsetzung der Therapie durch den Patienten
  Professor Dr. med. Susanne Lang
- Die nichtinvasive Beatmung; welche Patienten profitieren davon?
  Professor Dr. med. Dieter Köhler
- Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion bei verschiedenen Formen des Lungenempysems
  Professor Dr. med. Helgo Magnussen
- LVR oder LTX? Lungentransplantation als ultima ratio?
  Professor Dr. med. Georgios Stamatis
- Lungensport bei schwerer COPD – welche Möglichkeiten gibt es?
  Professor Dr. med. Heinrich Worth

Tagungspräsident des 3. Symposiums Lunge ist in bewährter Weise Professor Dr. med. Helmut Teschler von der Ruhrlandklinik in Essen.

Im Rahmen des Symposiums Lunge 2009 werden außerdem zwei Workshops zum Erfahrungsaustausch für Angehörige von (schwer kranken) COPD- und Lungenemphysempatienten angeboten: „Ratschläge zur Bewältigung der Alltagsprobleme eines COPD-Patienten". (Dr. rer. pol. Helmut Berck) und „Der psychologische Umgang mit einem COPD-Patienten" (Diplompsychologe Werner Cassel und Dr. med. Michael Köhler).

Anregungen zu Einzelheiten und Fragen können an eine E-Mail-Adresse gesendet werden, die auf der Internetseite der Veranstalter im Programm „Symposium Lunge 2009" unter „Workshops" zu finden ist.

Die Besucher des Symposiums haben wiederum die Möglichkeit, sich im Rahmen einer Ausstellung umfassend über gerätetechnische Innovationen zu informieren. Es stellen sich außerdem einige Rehabilitationskliniken vor.

Im Rahmen des Symposiums wird interessierten Besuchern außerdem die Möglichkeiten geboten, umfassende Gesundheitschecks kostenlos vornehmen zu lassen.

Anfragen richten Sie bitte an:
Organisationsbüro Symposium Lunge 2009
Jens Lingemann, Telefon: (0 23 24) 99 99 59
E-Mail: symposium-org@lungenemphysem-copd.de
Internet: www.lungenemphysem-copd.de

Weitere Termine

Wann?	Was?	Wo?	Durch wen?
18. bis 21. März 2009	50. Kongress der DGP	CC Rosengarten, Mannheim	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)
21. März 2009	Patientenveranstaltung anlässlich des 50. Kongress der DGP	Stadthaus, Mannheim	Deutscher Lungentag e.V., unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)
5. Mai 2009	Welt-Asthma-Tag	weltweit	GINA, www.ginasthma.com
3. bis 6. September 2009	4. Gemeinsamer Deutscher Allergiekongress	Hotel Maritim, Berlin	Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V. (ÄDA) Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie e.V. (DGAKI) Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V. (GPA)
26. September 2009	12. Deutscher Lungentag, Motto: Aktion gesunde Lunge: „Wellness für die Lunge"	deutschlandweit in über 200 Orten	Deutscher Lungentag e.V.

Dank an Krankenkassen

Im Jahr 2008 hat die GKV-Gemeinschaftförderung Selbsthilfe auf Bundesebene im Rahmen der pauschalen Selbsthilfeförderung nach Paragraf 20 c SGB V der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. für ihre Selbsthilfearbeit 10.000 Euro zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen der individuellen Förderung der Krankenkassen nach Paragraf 20 c SGB V wurden folgende Projekte gefördert:

Projekt	Fördernde Krankenkassen	Fördermittel
Symposium Lunge 2008	AOK-Bundesverband	4.000 Euro
Konferenz der Ortsverbandvertreter	Selbsthilfe-Fördergemeinschaft der Ersatzkasen	2.000 Euro
Internetforen „Asthma und COPD“	Bundesverband der Betriebskrankenkassen	1.000 Euro
Broschüre „Atemwegserkrankungen – Hilfe zur Selbsthilfe“	DAK	1.200 Euro

Darüber hinaus haben Krankenkassen unsere Ortsverbände sowohl pauschal als auch bezogen auf lokale Projekte gefördert.

Wir danken allen Krankenkassen, die uns finanziell unterstützt haben. Ohne diese Hilfe wäre manche Aktivität zugunsten von Menschen mit COPD und Asthma bronchiale nicht möglich gewesen.

Abonnement der „Luftpost – Zeitschrift für Atemwegskranke“

Hiermit abonniere ich die **„Luftpost – Zeitschrift für Atemwegskranke“**. Die „Luftpost“ erscheint zweimal jährlich (Ausgabe „Frühjahr“ erscheint zum DGP-Kongress, Ausgabe „Herbst“ erscheint zum „Lungentag“). Der Bezugspreis pro Jahr beträgt 7,50 Euro inklusive Porto und Versand innerhalb Deutschlands. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, falls es nicht schriftlich bis jeweils sechs Wochen vor Jahresende gekündigt wird.

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Abobetreuung:
Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.
Berliner Straße 84 • 55276 Dienheim
Telefon: (0 61 33) 35 43 • Fax: (0 61 33) 92 45 57
E-Mail: pla@patientenliga-atemwegserkrankungen.de

Gewünschte Zahlungsweise:

❑ **bargeldlos durch Bankeinzug**

Konto Bankleitzahl

Geldinstitut

❑ **gegen Rechnung (keine Vorauszahlung leisten, Rechnung abwarten)**

Datum, Unterschrift

Rücktrittsrecht:
Diese Bestellung kann innerhalb von acht Tagen (Datum des Poststempels) schriftlich widerrufen werden. Diesen Hinweis habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige dies durch meine zweite Unterschrift.

Datum, Unterschrift

Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. jetzt Mitglied im Deutschen Lungentag e.V.

Im Deutschen Lungentag e.V. haben sich die folgenden Organisationen zusammengeschlossen:

- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
- Christiane Herzog Stiftung für Mukoviszidosekranke e.V.
- Deutsche Atemwegsliga e.V.
- Deutsche Lungenstiftung e.V.
- Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V.
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst
- Förderverein der Deutschen Atemwegsliga e.V.
- Bundesverband der Pneumologen
- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
- Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Hauptziel des Vereins Deutscher Lungentag e.V. mit dem jährlichen Aktionstag gegen Ende September ist die Aufklärung der Öffentlichkeit und die Steigerung der Aufmerksamkeit auf allen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Ebenen und in den Medien gegenüber den Risiken und Gefahren, die von akuten, insbesondere aber von chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen ausgehen.

Die Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. wurde im Okober 2008 als elftes Mitglied aufgenommen. Wir bedanken uns für dieses Vertrauen.

Jährlich gegen Ende September wird auf den etwa 200 Veranstaltungen des Deutschen Lungentags die Öffentlichkeit über Atemwegserkrankungen informiert.

Übrigens – der 12. Deutsche Lungentag, der in diesem Jahr am 26. September stattfindet, steht unter dem Motto:

Aktion gesunde Lunge „Wellness für die Lunge“

Dabei sollen Themen wie Luftbelastung (Rauchen, Passivrauchen, Stäube, öffentliche und private Umwelt), aber auch medikamentöse und nichtmedikamentöse Hilfen angesprochen werden, die der Lunge ein „wellbeing“ und „Fitness“ ermöglichen.

Abobestellung
Passend für DIN-Lang-Fensterumschlag

Zeitschrift „Luftpost“
c/o Patientenliga
Atemwegserkrankungen e.V.
Berliner Straße 84
55276 Dienheim

Ortsverbände der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.
Geschäftsstelle
Frau Platacis
Berliner Straße 84, 55276 Dienheim
Telefon: (0 61 33) 35 43, Fax: (0 61 33) 92 45 57
Internet:
www.patientenliga-atemwegserkrankungen.de
E-Mail:
pla@patientenliga-atemwegserkrankungen.de

Baden-Württemberg

Fellbach
Wo: Franziskusheim, Katholisches Gemeindezentrum
Wann: in loser Folge (donnerstags)
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Herr Kruse, (07 11) 58 94 58
Herr Grätsch, (07 11) 58 28 59
Frau Sandbühler, (07 11) 57 42 70
Was sonst: Wanderungen, Herr Schreiner, (07 11) 58 75 93
Lungensport
Stammtisch

Offenburg – NEU –
im Aufbau, Informationen über die Patientenliga,
Frau Platacis, (0 61 33) 35 43

Bayern

Fürth
Wo: Fritz-Seuß-Begegnungsstätte
Wann: monatlich (jeden vierten Mittwoch)
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Sekretariat Frau Denzler,
Herr Dr. Krafft, (09 11) 75 80-11 01
AWO Fürth, Herr Rebhan, (09 11) 7 49 20 12

Vohenstrauß/Oberpfalza
im Aufbau, Informationen über die Patientenliga,
Frau Platacis, (0 61 33) 35 43

Hessen

Alsfeld/Schwalmstadt – NEU –
im Aufbau, Informationen über die Patientenliga,
Frau Platacis, (0 61 33) 35 43

Baunatal, Werra-Meißner-Kreis – NEU –
im Aufbau, Informationen über die Patientenliga,
Frau Platacis, (0 61 33) 35 43

Frankfurt am Main
Wo: Universitätsklinikum Frankfurt am Main
Wann: wöchentlich (dienstags)
Was: Atemtherapie, Gesprächsrunde, Vortrag mit Diskussion
Wer: Frau Gaus, (0 69) 17 50 81 44
Frau Herchen, (0 69) 52 35 07
Was sonst: Lungensport

Marburg
Wo: Klinikum Lahnberge
Wann: monatlich
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Herr Stadtmüller, (0 64 22) 44 51
Frau Nahrgang (0 64 24) 45 73
Was sonst: Lungensport
Patientenschulung, (0 64 21) 28 67 83

Wiesbaden
Wo: Asklepios Paulinen Klinik
Wann: in loser Folge
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Herr Wern, (0 61 22) 1 52 54
Was sonst: Lungensport
Atemtherapie

Niedersachsen

Hannover
Wo: Krankenhaus Oststadt-Heidehaus
Wann: monatlich (jeden dritten Donnerstag)
Was: Atemtherapie, Vortrag und Diskussion
Wer: Herr Wilken, (05 11) 34 27 76
Herr Peterschun, (05 11) 58 18 14
Was sonst: Lungensport, Frau Fischer, (05 11) 49 77 81

Nordrhein-Westfalen

Bad Lippspringe
Wo: Karl-Hansen-Klinik
Wann: monatlich
Was: Atemtherapie, Vortrag mit Diskussion
Wer: Patientenliga, Frau Platacis, (0 61 33) 35 43

Dortmund
Wo: Praxisklinik Leopoldstraße 10
Wann: monatlich (jeden ersten Mittwoch)
Was: Atemtherapie, Vortrag mit Diskussion
Wer: Frau Schulz (02 31) 12 63 76
Herr Fuchs, (02 31) 9 81 80 57
Was sonst: Lungensport
Stammtisch

Duisburg
Wo: Bethesda Krankenhaus Duisburg
Wann: monatlich
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Sekretariat Herr Dr. Maurer, (02 03) 60 08-13 31
Was sonst: Lungensport, (02 01) 1 83 73 73

Essen
Wo: Ruhrlandklinik
Wann: monatlich (jeden ersten Donnerstag)
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Herr Baumgardt, (02 01) 53 33 38
Herr Stratmann, (02 01) 53 74 25
Frau Santner, (02 01) 40 52 00
Was sonst: Lungensport
Nordic Walking, (02 01) 1 83 73 73

Gelsenkirchen-Buer – NEU –
im Aufbau, Informationen über die Patientenliga,
Frau Platacis, (0 61 33) 35 43

Hagen
Wo: HELIOS-Klinik Ambrock
Wann: monatlich (jeden letzten Dienstag)
Was: Vortrag und Diskussion
Wer: Frau Beermann, (0 23 31) 98 39 38
Herr Brand, (0 23 30) 1 27 92
Was sonst: Wanderungen, Frau Graetz, (0 23 31) 6 67 47
Lungensport

Lüdenscheid
Wo: Klinikum Lüdenscheid
Wann: monatlich (jeden letzten Donnerstag)
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Frau Dudanski, (0 23 51) 27567
Herr Knitter, (0 23 51) 4393
Sekretariat Herr Professor Lorenz, (0 23 51) 46 33 61
Was sonst: Rehabilitationssport, Herr Niedermeyer, (0 23 51) 9 47 00

Moers-Niederrhein
Wo: Krankenhaus Bethanien Moers
Wann: monatlich
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Frau Witgens, (0 28 33) 25 61
Herr Raab, (0 28 42) 4 10 15
Was sonst: Patientenschulung
Atemtherapie, Frau Wargalla, (0203) 48 47 51
Lungensport, Frau Alraun, (0 28 43) 90 75 91
Frau Leekes, (0 28 41) 99 94 44
Lungensport in Kamp-Lintfort,
Frau Homeier, (0 28 41) 9 39 12 93
Frau Schlicht-Gieseler, (0 28 42) 33 03 60
Nordic Walking

Rheda-Wiedenbrück
Wo: Löwen-Apotheke
Wann: monatlich (jeden zweiten Mittwoch)
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Herr Belger, (0 52 42) 5 67 86
Frau Buske, (0 52 41) 7 62 68
Frau Doppmeiner, (0 52 48) 15 74
Was sonst: Lungensport

Wuppertal
Wo: Klinik Vogelsangstraße (LFK)
Wann: monatlich (jeden ersten Montag)
Was: Vortrag mit Diskussion, Gesprächsrunde
Wer: Frau Reinhold (0202) 2 53 12 21
Herr Jost, (02 02) 57 20 87
Sekretariat Herr Professor Rasche, (02 02) 2 99-40 10
Was sonst: Lungensport

Rheinland-Pfalz

Alzey
Wo: DRK-Krankenhaus Alzey
Wann: monatlich
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Herr Dr. Berck, (0 61 31) 92 15 92
Sekretariat Herr Dr. Laakmann, (0 67 31) 40 71 06
Was sonst: Lungensport

Bad Kreuznach-Gensingen
Wo: Bonnheimer Hof, Binger Weg, Hackenheim
Rochus-Apotheke (im Globus), Gensingen
Wann: monatlich
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Frau Göbel, (0 67 27) 8 95 80
Herr Nißen, (06 71) 8 96 19 48
Was sonst: Lungensport

Bernkastel-Wittlich
Wo: Neue Apotheke, Friedrichstraße
Wann: monatlich (jeden ersten Donnerstag)
Was: Atemtherapie, Vortrag mit Diskussion
Wer: Frau Follmann, (0 65 73) 5 74
Frau Schinhofen, (0 65 71) 67 88
Was sonst: Lungensport, Frau Grebedünkel, (0 65 71) 26 05 00

Idar-Oberstein/Birkenfeld
Wo: Lebenshilfe (Weißborr)
Wann: monatlich
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Herr Walg, (0 67 85) 7 70

Koblenz
Wo: Katholisches Klinikum Koblenz-Marienhof
Wann: monatlich
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Herr Grossnick, (0 26 38) 94 99 39
Was sonst: Lungensport

Linz
Wo: Franziskus Krankenhaus Linz
Wann: monatlich
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Herr Grossnick, (0 26 38) 94 99 39

Mainz
Wo: Mundus-Residenz, Große Bleiche
Wann: monatlich (jeden letzen Mittwoch)
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Herr Dr. Berck, (0 61 31) 92 15 92
Patientenliga, Frau Platacis, (0 61 33) 35 43
Was sonst: Atemtherapie
Lungensport

Montabaur/Westerwald
Wo: Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Wann: in loser Folge
Was: Vortrag mit Diskussion
Wer: Sekretariat Herr Dr. Reuter, (0 26 02) 12 27 67
Herr Dr. Geißler (0 26 02) 1 68 34;
Herr Grabler, (0 26 02) 9 06 76

Trier
Wo: Evangelisches Elisabeth-Krankenhaus
Wann: monatlich
Was: Atemtherapie, Vortrag mit Diskussion
Wer: Frau Eicher, (06 51) 4 46 11
Was sonst: Lungensport, (06 51) 46 29-8 64

Saarland

Homburg/Saar
Wo: Univeritätsklinikum Homburg/Saar
Wann: monatlich
Was: Vortrag und Diskussion
Wer: Herr Hecker, (0 68 41) 1 62 29 19
Herr Hoffmann, (0 68 26) 75 33
Was sonst: Lungensport

Sachsen

Coswig
Wo: Fachkrankenhaus Coswig
Wann: in loser Folge
Was: Vortrag mit Diskussion, Gesprächsrunde
Wer: Frau Prager, (0 35 23) 65-181
Frau Eicher, (03 51) 4 95 54 54

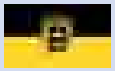
Schleswig-Holstein

St. Peter-Ording
Wo: DRK-Nordsee-Reha-Klinik „Goldene Schlüssel"
Wann: in loser Folge
Was: Atemtherapie, Vortrag mit Diskussion
Wer: Frau Repp, (0 48 41) 8712 53

Regionale Gruppen der Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland

Koordinationsstelle der Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland, Herr Lingemann
Telefon: (0 23 24) 99 90 01, Internet: www.lungenemphysem-copd.de, E-Mail: shg@lungenemphysem-copd.de

Baden-Württemberg



Bodensee-Oberschwaben-Allgäu/Konstanz

Wo: Tannenhof (Am Tannenhof 2)
Wann: zweimonatlich (jeden zweiten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Lungensport

Bodensee-Oberschwaben-Allgäu/Ravensburg

Wo: Gasthaus „Kiesgrube", beim Kleintierzoo
Wann: zweimonatlich (jeden ersten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Lungensport

Neckar-Franken/Heilbronn

Wo: AOK Heilbronn
Wann: monatlich (jeden ersten Freitag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Lungensport

Nordbaden/Karlsruhe

Wo: Seniorenstube in der Badnerlandhalle (Rubensstraße 21)
Wann: monatlich (jeden dritten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Sauerstofftankstelle
Lungensport

Nordbaden/Mannheim

Wo: Gaststätte Nikos (Mallaustraße 111)
Wann: monatlich (jeden ersten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Sauerstofftankstelle
Was sonst: Lungensport

Nordschwarzwald/Bad Teinach

Wo: Nebenräume der NAK (Poststraße 9)
Wann: monatlich (jeden ersten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Südbaden/Weil am Rhein

Wo: Cafeteria „Weiler Stuben" (Pflegeheim Markgräferland, Römerstraße 55)
Wann: monatlich (jeden letzten Freitag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Württemberg/Nürtingen

Wo: Begegnungsstätte Bürgerforum im Rathaus
Wann: monatlich (jeden dritten Freitag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag und Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Südwestbaden/Freiburg

Wo: Evangelisches Diakoniekrankenhaus
Wann: monatlich (jeden ersten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Bayern

Oberbayern/München

Wo: Gasthof zur Post
Wann: monatlich (jeden dritten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Oberfranken/Bamberg

Wo: Sozialstiftung Bamberg, Klinikum am Bruderwald
Wann: monatlich (jeden dritten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Berlin

Berlin-Buch

Wo: Evang. Lungenklinik in Berlin/Buch (Haus 207)
Wann: monatlich (jeden ersten Montag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Berlin-Charlottenburg

Wo: SEKIS Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (Albrecht-Achilles-Straße 65)
Wann: monatlich (jeden zweiten Dienstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Berlin-Friedrichshain

Wo: Selbsthilfe Treffpunkt (Boxenhagenerstraße 89)
Wann: monatlich (jeden ersten Donnerstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Berlin-Neukölln

Wo: Klinikum Neukölln
Wann: monatlich (jeden ersten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Berlin-Reinickendorf

Wo: Unionshilfswerk „Günter-Zemla-Haus" (Eichhorster Weg 32)
Wann: monatlich (jeden zweiten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Berlin-Zehlendorf

Wo: Lungenfachpraxis Dr. med. Bernhard Schulz (Clayallee 345)
Wann: monatlich (jeden dritten Dienstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Brandenburg

Brandenburg/Postdam

Wo: Bürgerhaus Am Schlaatz (Schillhof 28)
Wann: monatlich (jeden zweiten Freitag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Lungensport

Hansestadt Bremen

Bremerhaven

Wo: Hotel Deutsche Eiche (Lilienthaler Heerstraße 174-176)
Wann: monatlich (jeden letzten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Hamburg

Nord/Hamburg-Bergedorf

Wo: AWO-Begegnungsstätte im Lichtwarkhaus (Holzhude1)
Wann: monatlich (jeden zweiten Mittwoch)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Nord/Hamburg-Harburg

Wo: Asklepios Klinik Harburg
Wann: monatlich (jeden ersten Mittwoch)

Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Nord/Hamburg-Barmbek
Wo: Asklepios Klinik Barmbek
Wann: monatlich (jeden zweiten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Hessen

Rhein-Main/Darmstadt
Wo: Klinikum Darmstadt
Wann: monatlich (jeden zweiten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Lungensport

Rhein-Main/Langen
Wo: Fachärztezentrum an der Asklepios Klinik
Wann: monatlich (jeden dritten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Lungensport

Niedersachsen

Friesland/Sande-Sanderbusch
Wo: Nord-West-Krankenhaus Sanderbusch
Wann: monatlich (jeden dritten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Mittelweser/Nienburg
Wo: Kontaktstelle KIBIS (Von Philippsborn Straße 1)
Wann: monatlich (jeden zweiten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Südniedersachsen/Göttingen
Wo: Gesundheitszentrum KIBIS Göttingen (Lange Geismar 82)
Wann: monatlich (jeden ersten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Weser-Ems/Leer
Wo: Bildungsinstitut Gesundheit beim Klinikum Leer
Wann: monatlich (jeden ersten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Nordrhein-Westfalen

Aachen/Würselen
Wo: Seniorenhaus Serafine
(Helleter Feldchen 51-55)
Wann: monatlich (jeden ersten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Lungensport

Bergisches Land/Engelskirchen
Wo: AWO Altenzentrum (Hüttenstraße 27)
Wann: monatlich (jeden zweiten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Eifel/Simmerath
Wo: Malteserkrankenhaus „St.Brigida"
Wann: zweimonatlich (jeden dritten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Sauerstofftankstelle
Was sonst: Lungensport

Niederrhein/Krefeld
Wo: Begegnungszentrum Wiedenhof (Mühlenstraße 42)
Wann: monatlich (jeden dritten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Ostwestfalen-Lippe/Bielefeld
Wo: Klinikum Bielefeld Mitte
Wann: monatlich (jeden ersten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Ostwestfalen-Lippe/Herford
Wo: IKK Gebäude am Bahnhofsplatz
Wann: monatlich (jeden ersten Montag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Ruhrgebiet/Hattingen
Wo: Vereinsheim des TUS Hattingen (Wildhagen 15)
Wann: monatlich (jeden zweiten Dienstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Sauerstofftankstelle

Südwestfalen/Menden
Wo: Walburgisstift Menden
Wann: es stehen noch keine Termine für 2009 fest
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Rheinland-Pfalz

Mittelrhein-Wied/Neuwied
Wo: Josef-Ecker-Stift (Erlenweg 42)
Wann: monatlich (jeden zweiten Montag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Südwestpfalz/Pirmasens
Wo: Städt. Krankenhaus Pirmasens
Wann: monatlich (jeden zweiten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Sauerstofftankstelle

Westpfalz/Kaiserslautern
Wo: Pizzeria bei Franco am Belzappel (Keltenweg 43)
Wann: monatlich (jeden letzten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01
Was sonst: Sauerstofftankstelle
Lungensport

Sachsen

Sachsen/Hohenstein-Ernstthal
Wo: Gästehaus im Bethlemstift „Im Waldhaus"
Wann: monatlich (jeden zweiten Montag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Schleswig-Holstein

Nord/Großhansdorf
Wo: Krankenhaus Großhansdorf
Wann: monatlich (jeden ersten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Schleswig
Wo: Seniorenresidenz Stampfmühle (Stampfmühle 1)
Wann: monatlich (jeden zweiten Samstag)
Was: Gesprächsrunde, auch Vortrag mit Diskussion
Wer: Koordinationsstelle (0 23 24) 99 90 01

Die „Luftpost – Zeitschrift für Atemwegskranke“ wird herausgegeben von

Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

LUNGENSPORT

AG Lungensport in Deutschland e.V.

in Kooperation mit

COPD – Deutschland e.V.

unterstützt durch

DEUTSCHE ATEMWEGSLIGA

Deutsche Atemwegsliga e.V.

Bundesverband der Pneumologen

Herausgeber:
Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.
Berliner Straße 84, 55276 Dienheim
Telefon: (0 61 33) 35 43, Fax: (0 61 33) 92 45 57
E-Mail: pla@patientenliga-atemwegserkrankungen.de

AG Lungensport in Deutschland e.V.
Wormser Straße 81, 55276 Oppenheim
Telefon: (0 61 33) 20 23, Fax: (0 61 33) 20 24
E-Mail: lungensport@onlinehome.de

Kooperationspartner:
COPD – Deutschland e.V.
Fabrikstraße 33, 47119 Duisburg
Telefon: (02 03) 7 18 87 42, Fax: (02 03) 7 18 87 43
Internet: www.copd-deutschland.de
E-Mail: verein@copd-deutschland.de

Redaktion:
Die Adresse:
„Luftpost“ Redaktion
c/o Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.
Berliner Straße 84, 55276 Dienheim
Telefon: (0 61 33) 35 43, Fax: (0 61 33) 92 45 57
E-Mail: pla@patientenliga-atemwegserkrankungen.de

Das Team:
Dr. Helmut Berck (verantwortlich)
Christoph von Loeben (verantwortlich)

Verlag und Anzeigenvertrieb:
Verlag Patient und Gesundheit e.K.
Moltkestraße 25, 42799 Leichlingen
Telefon: (0 21 75) 16 82 79, Fax: (0 21 75) 16 84 30
Internet: www.vpug.de
E-Mail: info@vpug.de

Gestaltung:
SCHULZ Agentur für Werbung und Kommunikation
53773 Hennef (Sieg)

Druck:
Druckhaus Verlag
Friedr. Schmücker GmbH
49634 Löningen
Qualitätszertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2000
Umweltvalidiert nach Verordnung (EG)761/2001 (EMAS)

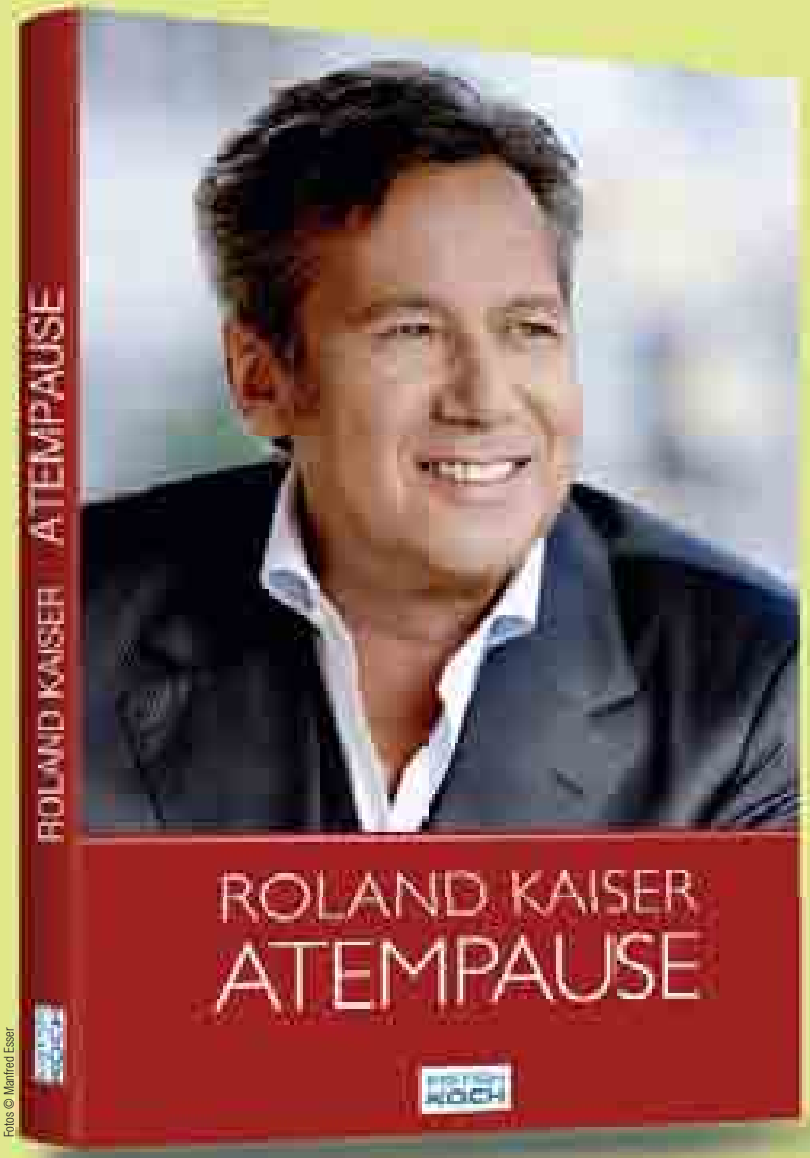
Bildnachweise:
Partner Titel/Seite 4/Seite 6: Simone van den Berg, Fotolia.com
Rollstuhl Seite 6: marilyn barbone, Fotolia.com
Rezept Seite 4/Seite 11: Bernd_Leitner, Fotolia.com
Arzt Seite 11: ISO K-photography, Fotolia.com
Berge Seite 29: schneiderpics, Fotolia.com
Flugzeug Seite 29: Eray Haciosmanoglu, Fotolia.com

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors wieder.

Anzeigen müssen nicht die Meinung der Herausgeber wiedergeben.

Die Luftpost erscheint halbjährlich. Die nächste Ausgabe der „Luftpost“ erscheint im August 2009.

ROLAND KAISER
ATEMPAUSE
SEIN NEUES BUCH



Fotos © Manfred Esser

Nach 34 Jahren steht Roland Kaiser noch immer an der Spitze des deutschen Showgeschäfts. Hinter ihm liegen turbulente Jahre, die - jüngst wegen der COPD-Diagnose - reichlich für Schlagzeilen gesorgt haben.

Für Menschen mit einer ähnlich bewegten Vergangenheit gibt es nur zwei Möglichkeiten: sich fallen zu lassen oder allen Widrigkeiten zum Trotz dem Leben die Stirn zu bieten. Er wählte die zweite: raus ins Rampenlicht, mitten ins Leben!

Über 90 Millionen verkaufte Tonträger, das ist die stolze Bilanz, die Roland Kaiser präsentieren kann.

ERSCHEINT IM APRIL 2009

ROLAND KAISER • ATEMPAUSE

Buchformat 16 x 24 cm | ca. 192 Seiten mit Fotos

Hardcover mit Schutzumschlag

D: 19,90 EUR | A: 20,50 EUR | CH: 35.90 CHF

ISBN: 978-3-7081-0507-9

ATEMPAUSE

EDITION KOCH
www.editionkoch.at