Winter 2022 · 30. Jahrgang
Deutschland 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

30 Jahre Luftpost

- Covid- und Grippeimpfung – beide jetzt
- Telefonische Krankmeldung verlängert
- WC-Schlüssel
- Hilfsmittel empfehlen und bezahlen

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

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

Lass Dich testen!

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

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

Jeder COPD-Patient sollte getestet werden

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

Einfach testen mit dem AlphaID® von Grifols

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

Aufklären und unterstützen: Die Initiative PROAlpha

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

Was ist der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel?

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

Initiative PROAlpha

GRIFOLS

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

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

DE-UBD-2100003

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

uns alle hat das nun zu Ende gehende Jahr 2022 unerwartet viel Mühen, aber auch Einsatz abverlangt. Nicht genug, dass wir uns schon im dritten Jahr der Corona-Pandemie befinden, sondern auch am Heiligen Abend genau zehn Monate eines gnadenlosen, menschenverachtenden Angriffskrieges Russlands auf die Ukraine in Europa werden erleben müssen. Wir alle spüren die Folgen einer beispiellosen Inflation, der Bedrohung unserer Lebensverhältnisse und einer riesigen Fluchtbewegung mitten in unserem so sicher geglaubten Europa. Ermutigend dagegen die Worte unseres Bundespräsidenten: „Vertrauen wir einander- und wir vertrauen uns selbst! Und lassen wir uns nicht entmutigen vom Gegenwind, der uns in dieser neuen Zeit entgegenweht."

In der Selbsthilfe wie in unserer Patientenliga Atemwegserkrankungen wollen wir von einander und miteinander lernen. Erfahrungen und Kenntnisse zu unseren Problemen und bei der Bewältigung eigener Erkrankung oder der unserer Angehörigen austauschen, um sie besser und gemeinsam zu bewältigen. Prof. Tüscher schreibt in seinem Artikel in diesem Heft, dass nur ungefähr 10% unserer Widerstandsfähigkeit (Resilienz) im Alter genetisch bestimmt sind. Doch gut 90% bestimmen die persönlichen Lebenserfahrungen und die Lebensweise sowie das soziale Umfeld. Älter werden wir, weil zumindest die meisten gesünder leben, d.h. körperlich aktiv bleiben, sich gesünder ernähren und sozial aktiv und eingebunden bleiben. Hilfreiche Behandlungen werden früher und häufiger in Anspruch genommen. In Deutschland sind wir immerhin 16,4 Millionen Bürger im Alter von über 67 Jahren.

Meist gehören Mitgliederversammlungen eines Vereins nicht zu den prickelnden Ereignissen, zu denen viele strömen. So gesehen war unsere diesjährige Mitgliederversammlung am 24. September 2022 in Mainz typisch, obwohl sie besonders wichtig war. Nach ausführlicher Darstellung der Aufgaben und Aktivitäten des Vorstandes im vergangenen Jahr und dem Bericht der Schatzmeisterin wurde der Vorstand bei eigener Enthaltung einstimmig entlastet. Im Weiteren ging es um die anstehende Wahl eines neuen Vorstandes nach einem Jahrzehnt Konstanz. Beide Vorsitzenden standen für eine Wiederwahl, wie in der Einladung ausgeführt, nicht mehr zur Verfügung. Leider gab es keine Vorschläge oder Kandidaten für diese Positionen. In der Folge stellten sich auch die beiden anderen Vorstandsmitglieder nicht mehr zur Wahl. Vereinsrechtlich bleibt somit der Vorstand nur noch kommissarisch besetzt. Über Jahre waren damit die Suche nach Nachfolgern für diese Ämter und auch eine zwischenzeitlich erwogene Fusion bedauerlicherweise vergeblich. Wie in der Einladung bereits ausgeführt, stand somit die Auflösung unserer Patientenliga auf der Tagesordnung. In der Abstimmung ergab sich nach ausführlicher Diskussion, auch mit unserem Ehrenvorsitzenden, eine mehr als 90-prozentige Zustimmung zur Auflösung. Diese wird vereinsrechtlich im kommenden Jahr vom alten, jetzt kommissarischen Vorstand auch mit dann fristgerecht möglicher Kündigung der DPLA-Mitgliedschaften in verschiedenen Verbänden umgesetzt werden. Die solide finanzielle Lage der DPLA hat es 2022 möglich gemacht, keinen Mitgliedsbeitrag zu erheben und auch die Luftpost viermal gratis auszuliefern. Beschlossen wurde außerdem die Stiftung eines „Kümmerer-Preises" für außergewöhnlichen patientenbezogenen Einsatz gemäß den Zielen unserer Satzung. Verliehen wird er zweijährlich auf den Kongressen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Das nach Begleichung aller Verbindlichkeiten verbleibende Vermögen der DPLA fällt satzungsgemäß an die Deutsche Atemwegsliga e.V. Gegenwärtig bemühen wir uns weiterhin um das Fortbestehen unserer für die DPLA urheberrechtlich geschützten „Luftpost".

Ganz besonders möchten wir Ihnen für das uns über viele Jahre entgegengebrachte Vertrauen und Ihr ehrenamtliches Engagement für die gemeinsamen Ziele danken.

Wir wünschen Ihnen Allen ein frohes und friedvolles Weihnachtsfest bei bestmöglicher Gesundheit und ein glückliches neues Jahr 2023.

Mit luftigen Grüßen

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

Inhalt

Aktuelles

5 Telefonische Krankschreibung bei leichten Atemwegserkrankungen weiter möglich
6 Alle über 60-Jährigen und Risikogruppen sollten sich jetzt gegen Grippe impfen lassen
7 Euro-WC-Schlüssel öffnet Türen
8 Derzeit noch keine Alternative für klimaschädliche Treibgas-Inhalatoren

Zu Ihrer Information

10 Neue Leitlinie soll Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge verbessern
12 Rauchen ist Risikofaktor Nummer 1
14 Bessere medizinische Versorgung dank moderner digitaler Infrastruktur
16 Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter sollen für Qualitätsschub in der Psychiatrie und Psychosomatik sorgen
17 Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische KHK (chronische Herzerkrankung) aktualisiert
20 Empfehlung von Hilfsmitteln durch Pflegefachkräfte möglich
22 Hilfsmittel und wer sie bezahlt (Teil 1)
24 Claudia Moll, MdB zur neuen Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung ernannt
25 Burkhard Blienert ist jetzt Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen
26 Kerstin Claus ist neue Missbrauchsbeauftragte
28 Index zur Berufsgesundheit in der Pflege
31 Kosten der Pflege im Heim sind im Vergleich zum Vorjahr gestiegen
33 Helicobacter-Infektion
36 Tuberkulose

Lungensport

38 „Die sozial Aktiven sind länger kognitiv gesund“

Über den Tellerrand hinaus

40 Die Blutgasanalyse in der außerklinischen Versorgungssituation

Selbsthilfe

42 Selbsthilfe ist unbezahlbar! #SELBSThilfeBESTIMMT
43 Jetzt über 50 Infoflyer der Deutschen Atemwegsliga e.V.
44 Ortsverbände der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
45 Befreundete Selbsthilfegruppen

Rubrik

46 Impressum

Anzeige

Corona-Sonderregelung:

Telefonische Krankschreibung bei leichten Atemwegserkrankungen weiter bis Ende März 2023 möglich

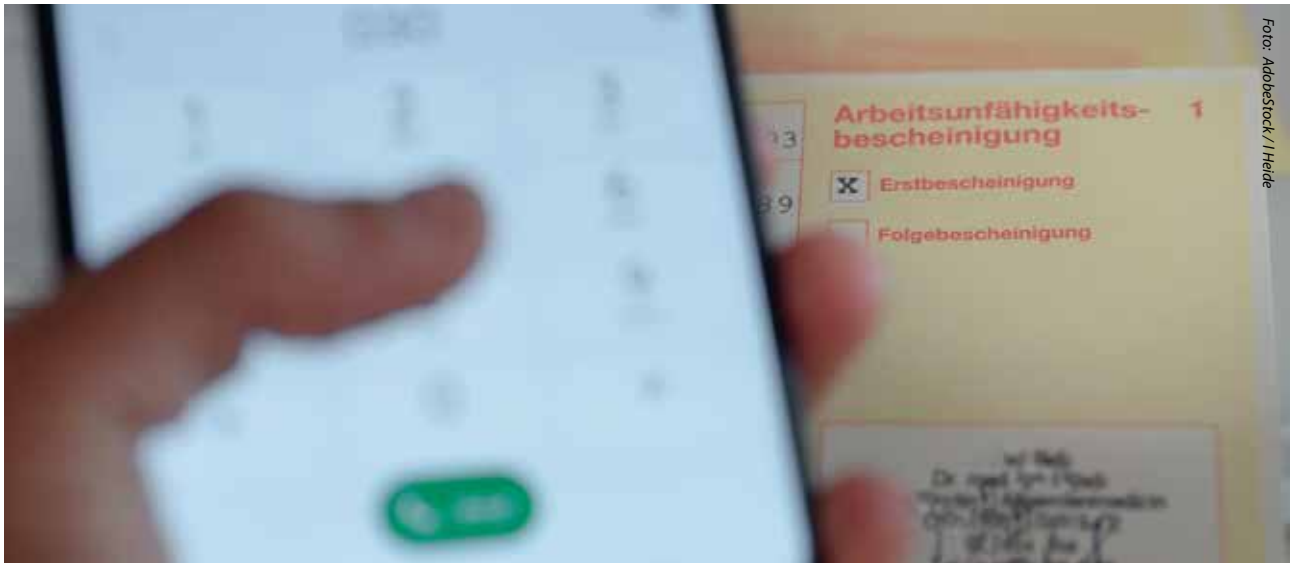


Foto: AdobeStock / I Heide

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seine Corona-Sonderregelung zur telefonischen Krankschreibung bis 31. März 2023 verlängert. Ohne diesen Beschluss wäre die Sonderregelung zur Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit zum 30. November 2022 ausgelaufen. Nun gilt weiterhin: Versicherte, die aufgrund einer leichten Atemwegserkrankung arbeitsunfähig sind, können nach telefonischer Anamnese bis zu 7 Tage krankgeschrieben werden. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte befragen die Patientin oder den Patienten dabei am Telefon zu ihren Beschwerden und bescheinigen dann gegebenenfalls die Arbeitsunfähigkeit. Eine Verlängerung der Krankschreibung auf telefonischem Wege ist einmalig für weitere 7 Kalendertage möglich.

Prof. **Josef Hecken**, unparteiischer Vorsitzender des G-BA: „Die Sonderregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur telefonischen Krankenschreibung wird vorerst weiter gebraucht. Wie sich die Fallzahlen von COVID-19-Erkrankten in den Krankenhäusern und Intensivstationen in den kommenden Monaten entwickeln werden, ist im Moment schwer vorherzusagen. Erschwerend kommt aber hinzu: Wir stehen vor der Erkältungs- und Grippesaison. Beide Punkte sprechen dafür, auf Sicherheit für Patientinnen und Patienten sowie für das Praxispersonal zu setzen und die telefonische Krankschreibung zu verlängern. Ich denke hier vor allem an jene Patientinnen und Patienten, die chronisch krank sind, daher öfter als andere in Arztpraxen gehen müssen und aufgrund ihrer Grunderkrankung zugleich ein höheres Ansteckungsrisiko haben. Sie gilt es besonders vor vermeidbaren Infektionen zu schützen. Mit der telefonischen Krankschreibung haben Arztpraxen nun weiterhin eine einfach umsetzbare Möglichkeit, leichte und schwere Krankheitsfälle voneinander abzugrenzen und volle Wartezimmer zu vermeiden. Videosprechstunden, die ja ebenfalls einen persönlichen Kontakt vermeiden, werden noch nicht überall angeboten."

Inkrafttreten zum 1. Dezember 2022

Der Beschluss tritt nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Veröffentlichung im Bundesanzeiger mit Wirkung vom 1. Dezember 2022 in Kraft.

Weitere befristete Corona-Sonderregelungen

Alle aktuell geltenden befristeten Sonderregelungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie sind auf der Website des G-BA zu finden. https://www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona/

Beschluss zu dieser Pressemitteilung

Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie: COVID-19-Epidemie – Verlängerung der bundesweiten Sonderregelung zur telefonischen Feststellung von Arbeitsunfähigkeit. https://www.g-ba.de/beschluesse/5725/

Quelle:
Pressemitteilung vom 17. November 2022
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Berlin

Lungen- und Altersmediziner:

Alle über 60-Jährigen und Risikogruppen sollten sich jetzt gegen Grippe impfen lassen

Jetzt ist die beste Zeit für ältere Menschen, um sich gegen Grippe impfen zu lassen! Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) bestärken deshalb noch einmal die Empfehlung der Ständigen Impfkommission STIKO: Jeder Mensch über 60 Jahre sollte sich unbedingt neben einer vierten Corona-Impfung gegen das Influenza-Virus schützen.

90 Prozent der Grippe bedingten Todesfälle entfallen auf diese Altersgruppe. „Bei Ungeimpften beobachten wir insbesondere im ersten Monat nach der Influenza-Infektion häufiger Herzinfarkte oder Schlaganfälle. Als Spätfolge kann nach mehr als zehn Jahren ein Morbus Parkinson auftreten", warnt Dr. Andreas Leischker, Vertreter der DGG-Arbeitsgruppe Impfen. „Bei einer Influenza-Infektion kann sich im Verlauf der Erkrankung zusätzlich eine durch Pneumokokken-Bakterien verursachte Pneumonie, also Lungenentzündung, entwickeln, die zu besonders schweren Verläufen führt. Dieses Risiko, welches insbesondere ältere Patientinnen und Patienten betrifft, gilt es zu verhindern", ergänzt Professorin Hortense Slevogt, Immunologin und Vorstandsmitglied der DGP. Sie ruft dazu auf, dass sich alle Risikogruppen vorsorglich impfen lassen sollten. Die Influenzaimpfung schütze nicht nur vor einer akuten Grippeerkrankung, sondern könne auch das Risiko für Herzinfarkte signifikant senken und die Gesamtsterblichkeit um 40 Prozent reduzieren, sagen die beiden Experten. Bei Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) tritt zudem deutlich seltener eine Demenz auf, wenn sie jährlich gegen Influenza geimpft werden. Derzeit lassen sich in Deutschland aber nur rund 47 Prozent aller Menschen gegen Influenza impfen. Dabei besteht weiter das erhöhte Risiko einer Ansteckung: Laut Robert Koch-Institut (RKI) steigt die Zahl der Arztbesuche wegen Atemwegserkrankungen weiter an. In 71 Prozent der zuletzt vom RKI untersuchten Stichproben wurden respiratorische Viren identifiziert. Darunter überwiegend Influenzaviren, aber ebenso Respiratorische Synzytial-Viren (RSV), Rhinoviren, Parainfluenzaviren, humane saisonale Coronaviren, SARS-CoV-2-Viren und humane Metapneumoviren.

Ausreichender Schutz: Hochdosierter Impfstoff enthält viermal mehr Wirkstoff

„*Neben* der *vierten Corona-Impfung* sollten älteren Menschen für den wirksameren Schutz unbedingt den *hochdosierten Influenzaimpfstoff* verabreicht bekommen – er enthält viermal so viel Wirkstoff wie der konventionelle Influenzaimpfstoff, der eher für jüngere Menschen mit umfassender Immunabwehr ausreichend ist", sagt **Andreas Leischker**, Lehrbeauftragter der Philipps-Universität Marburg. Er folgt damit auch dem Rat der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut. Die Kommission empfiehlt die Grippeimpfung grundsätzlich zudem für chronisch Kranke, Bewohner von Alten- und Pflegeheimen, Menschen mit einem erhöhten beruflichen Risiko wie bei medizinischem Personal und Menschen, die alte Angehörige oder Bekannte pflegen.

Grippewelle vorbeugen: So bald wie möglich impfen lassen

Vor der Corona-Pandemie begann die jährliche Grippewelle meist im Januar und dauerte drei bis vier Monate. „Durch die Maskenpflicht und Kontaktbeschränkungen ist die Grippewelle zwei Jahre lang praktisch ausgefallen. Die Menschen hatten dadurch längere Zeit keinen Kontakt zu Influenza-Viren, eine Herdenimmunität besteht nicht mehr. Die *Verbreitung verläuft in diesem Jahr früher, schneller und heftiger* als in den Vorjahren", sagt **Hortense Slevogt**, Oberärztin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit Anfang Oktober haben sich die wöchentlichen Neuansteckungen mit Influenza mehr als verdoppelt. Das RKI hat deshalb rückwirkend den Start der Grippewelle für die vorletzte Oktoberwoche datiert. „Wir empfehlen daher dringend allen Über-60-Jährigen, sich so bald wie möglich impfen zu lassen. Dies schützt nicht nur vor der stark grassierenden Influenza, sondern *beugt* auch *bakteriellen Lungenentzündungen vor*, von denen sich gerade ältere Menschen in der Regel nur sehr langsam erholen können. Es ist genügend Impfstoff da", sagt Hortense Slevogt.

Dr. Andreas Leischker
Lehrbeauftragter der
Philipps-Universitat
Marburg

Prof. Hortense Slevogt
Oberärztin an der Medizinischen
Hochschule Hannover

Euro-WC-Schlüssel öffnet Türen

Foto: AdobeStock / I Surachetsh

Der Euro-WC-Schlüssel öffnet Autobahn-Raststätten- und Bahnhofstoiletten sowie öffentliche Toiletten in Fußgängerzonen, Museen oder Behörden vieler Städte in Deutschland, Österreich, Schweiz und in weiteren europäischen Ländern.

Der Schlüssel darf nur an Menschen ausgehändigt werden, die auf behindertengerechte Toiletten angewiesen sind. Interessenten müssen bei der Bestellung daher eine Kopie ihres Schwerbehindertenausweises, der bestimmte Kriterien erfüllen muss, oder andere ärztliche Nachweise einreichen.

Auf jeden Fall bekommen Menschen mit Behinderung einen Euro-WC-Schlüssel, wenn sie im *Schwerbehindertenausweis folgende Eintragungen* haben:

Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 70 und das Merkzeichen G oder eines der Merkzeichen aG, B, H oder Bl

Außerdem können folgende Menschen den Euro-WC-Schlüssel beantragen, unabhängig vom Grad der Behinderung:

- schwer/ außergewöhnlich Gehbehinderte,
- Rollstuhlfahrer,
- Stomaträger,
- blinde Menschen,
- schwerbehinderte Menschen, die hilfsbedürftig sind und ggf. eine Hilfsperson benötigen,
- an Multipler Sklerose schwer erkrankte Menschen,
- an Morbus Crohn erkrankte Menschen,
- an Colitis ulcerosa Erkrankte und
- Menschen mit speziellen chronischen Blasen-/ Darmerkrankungen

Betroffene ohne Schwerbehindertenausweis können die Kopie eines Arztberichts oder eine ärztliche Bescheinigung beilegen.

Quelle: BAG-Verbandsdienst Nr. 155/2022 vom 16.11.2022

Weitere Informationen finden Sie unter folgende Links:

https://www.bsk-ev.org/informieren/der-euro-wc-schluessel

https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/behinderung/75054/fuer_behindertentoiletten_gibt_es_den_euroschluessel?dscc=ok

https://www.schwerbehindertenausweis.de/nachteilsausgleiche/mobilitaet-und-reisen/euroschluessel-fuer-behindertentoiletten

https://cbf-da.de/de/shop/euro-wc-schluessel/

Lungenärzte:

Derzeit noch keine Alternative für klimaschädliche Treibgas-Inhalatoren

Foto: AdobeStock / Orawan

Noch immer sind Asthma- und COPD-Patienten auf Inhalatoren angewiesen, die mit klimaschädlichen Treibgasen betrieben werden. Der Grund: Es mangelt an umweltfreundlichen Alternativgeräten, die den medizinischen Anforderungen gerecht werden. Aufmerksam betrachten führende Lungenmediziner daher nun eine geplante EU-Verordnung, die nur noch eine begrenzte Herstellung treibgasbetriebener Dosieraerosole ab 2025 vorsieht.

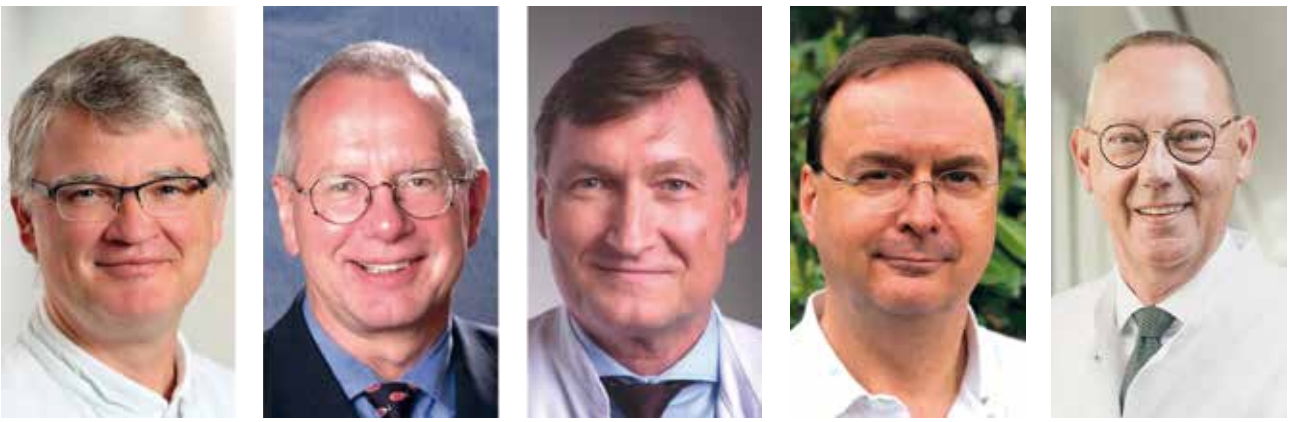
„Insbesondere für die am schwersten Erkrankten könnte dann keine sichere Therapie mehr gewährleistet werden. Das gilt auch für künstlich beatmete Patienten", sagt Professor **Torsten Bauer**, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP).

Zusammen mit anderen Verbänden appelliert die DGP nun an die Europäische Kommission, für diese Sonderfälle eine Ausnahmeregelung für die Herstellung treibgasbetriebener Dosieraerosole für inhalative Medikamente bis 2030 zu erteilen. In dieser Zeit sollen Alternativen entwickelt werden, die sowohl den Patienten, als auch dem erforderlichen Klimaschutz bestmöglich gerecht werden.

Angeschlossen haben sich dem Appell die Deutsche Lungenstiftung (DLS), die Deutsche Atemwegsliga, der Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP) sowie der Verband Pneumologischer Kliniken (VPK). Angewiesen auf Inhalatoren mit den derzeit zum Teil noch klimaschädlichen Druckgasen seien ihrer Ansicht nach in Deutschland neben rund 3,5 Millionen Menschen mit medikamentös behandeltem Asthma auch 2,6 Millionen Patienten mit dauerhaft verengten Atemwegen durch die chronische Lungenerkrankung COPD. Darüber hinaus seien für die Inhalationstherapie in einer *Notsituation* treibgasbetriebene Dosieraerosole derzeit in den allermeisten Fällen nicht zu ersetzen. „Die Forderung nach einem sofortigen Verbot oder der generellen Umstellung auf beispielsweise Pulver-Inhalatoren würde den komplexen medizinischen Anforderungen aktuell noch nicht gerecht", erklärt deshalb DGP-Präsident Bauer.

Zukunft: Umweltfreundliche Technologien in ärztlichen Therapieempfehlungen

Daher appellieren die Lungenmediziner an die Industrieunternehmen, Forschung und Entwicklung für alternative und umweltfreundliche Treibgasaerosole verstärkt voranzutreiben. „Die Lungenärzte aller deutschen pneumologischen Fachgesellschaften und Berufsverbände treten gemeinsam im Interesse ihrer Patienten für schnelle und wirksame Maßnahmen zum Klimaschutz ein", erklärt Professor **Claus Franz Vogelmeier**,



DGP-Präsident Prof. Torsten T. Bauer, Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga; Prof. Carl-Peter Criée, Vorsitzender der Deutschen Lungenstiftung; Prof. Claus Franz Vogelmeier, Vorsitzender Bundesverband der Pneumologen; Dr. med. Frank Heimann und Vorsitzender Verband Pneumologischer Kliniken; Dr. med. Thomas Voshaar

Vorsitzender der Deutschen Lungenstiftung. „Unsere Patienten leiden besonders stark unter der Klimaveränderung!" Professor **Carl-Peter Criée**, Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga, ergänzt: „Grundsätzlich begrüßen wir ein Verbot von klimaschädlichen fluorierten Treibgasen, die derzeit neben der Verwendung für inhalative Medikamente noch im weitaus breiteren Rahmen für die industrielle Nutzung verwendet werden. Wir werden uns zukünftig in Anbetracht der Bedrohung durch menschengemachte Klimaveränderungen mit Nachdruck für umweltfreundliche Technologien nicht nur in der Industrie, sondern auch in unseren ärztlichen Therapieempfehlungen einsetzen."

Personalisierte Medizin: Videoanleitung erleichtert Inhalationstherapie

Entsprechend aller aktuellen Leitlinien werden Patiente, die unter *Asthma* oder der COPD (chronisch obstruktive Lungenkrankheit) leiden, bevorzugt mit inhalativen Medikamenten behandelt. Diese haben eine schnellere und stärkere Wirkung, geringere Nebenwirkungen und können in niedrigeren Dosen verabreicht werden. Die personalisierte Medizin – mit gleichzeitiger Berücksichtigung der Wirkstoffe und der Fähigkeit der Patienten, die Applikatoren auch bedienen zu können – ist der Schlüssel zu einer erfolgreichen Inhalationstherapie. Darüber hinaus müssen krankheitsspezifische Besonderheiten bei jedem einzelnen Patienten berücksichtigt werden. Bereits geringe Bedienungsfehler in der Inhalationstechnik beeinträchtigen die Therapie oder verhindern die Aufnahme des Medikamentes in der Lunge. Für eine erfolgreiche Anwendung stellt die Deutsche Atemwegsliga zahlreiche Videoanleitungen sowie einen Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten der Inhalation online zur Verfügung (https://www.atemwegsliga.de/informationsmaterial_videos.html).

Komplexe Inhalationssysteme: Bisher keine Alternative für ältere Patienten

Für die überwiegende Mehrzahl der inhalativen Medikamente stehen *vier verschiedene Inhalationssysteme* zur Verfügung:

- Treibgasbetriebene Dosieraerosole,
- Sprühvernebler (System ohne Treibgas),
- Pulverinhalatoren und
- elektrische Vernebler.

In der Anwendung hat jedes dieser recht komplexen Systeme Vor- und Nachteile. Nicht jedes Medikament steht in jedem der vier möglichen Inhalationssysteme zur Verfügung. Nicht jeder Patient kann jedes System benutzen. Insbesondere für ältere Patienten mit stark beeinträchtigter Lungenfunktion sind treibgasbetriebene Dosieraerosole noch die beste Wahl. Häufig gibt es für diese Patienten keine Alternative.

„Gerade deshalb appellieren wir auch an die nationalen Gesundheitspolitiker – allen voran Gesundheitsminister Karl Lauterbach – eine Ausnahmeregelung für die Herstellung treibgasbetriebener Dosieraerosole für inhalative Medikamente bis 2030 zu ermöglichen sagt DGP-Präsident Torsten Bauer. „In der verbleibenden Zeit werden Lungenärzte und Allgemeinmediziner mit der Weiterentwicklung einer Leitlinie für die überwiegende Anzahl von Betroffenen eine Alternative anbieten, die sowohl den Patienten als auch dem erforderlichen Klimaschutz bestmöglich gerecht wird."

Quelle:
Pressemitteilung vom 28.10.22
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)

Lungenkrebs:

Neue Leitlinie soll Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge verbessern

Foto: AdobeStock / SciePro

Mehr als 50.000 Menschen in Deutschland erkranken jedes Jahr an Lungenkrebs. Nur zehn bis 20 Prozent der Betroffenen überleben die darauffolgenden fünf Jahre. Damit ist das Lungenkarzinom die Krebserkrankung mit der höchsten Sterberate unter allen Tumorerkrankungen. Um die Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge deutlich zu verbessern, ist jetzt nach dreijähriger Arbeit die neue S3-Leitlinie Lungenkarzinom im Rahmen des Deutschen Krebskongresses in Berlin veröffentlicht worden. *„Mit den neuen Erkenntnissen wird es möglich sein, die Behandlungen zu verbessern und die Überlebenschancen von Patienten zu steigern.* Ärzte bekommen zudem eine bessere Entscheidungsgrundlage bei der Versorgung durch wissenschaftsbasierte und formal konsentierte Empfehlungen. Ein wichtiger Meilenstein für die Krebstherapie", sagt Professor **Torsten Bauer**, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). Die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Lungenärzte hat die Leitlinie federführend vorangetrieben.

Mehr als 600 Seiten umfasst diese aktualisierte Leitlinie mit dem Titel **„Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms"**. Neben der DGP war die Deutsche Krebsgesellschaft federführend aktiv. Rund 50 wissenschaftliche Expertinnen und Experten haben sich an der Erarbeitung beteiligt. „Damit haben wir den *aktuellsten Therapiestandard* aufgenommen, der in den vergangenen Jahren große Fortschritte gemacht hat", sagt Professor **Wolfgang Schütte**, Gesamtkoordinator der Leitlinie und einer der federführenden Autoren. „Wir haben die neuen, sehr vielfältigen und vielversprechenden Therapiemöglichkeiten einbezogen. Daher kommt es zu einer *immer stärkeren Individualisierung in der Therapie* des Lungenkarzinoms. Unsere Forderung: Jeder Patient soll mit neu diagnostiziertem Lungenkarzinom in einem *Thorax-Onkologischen Tumorboard* mit mehreren Spezialisten vorgestellt werden. Die Entscheidungen sollen sich dort an den aktuellen Leitlinien orientieren. Unter gewissen Bedingungen kann aber auch eine abweichende Therapieentscheidung getroffen werden", erklärt Schütte, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II am Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau. Vor allem in der großen Dynamik bei der Entwicklung neuer Therapieoptionen sieht er große Chancen. „Gerade in der *Immuntherapie* gibt es viele neue Ansatzpunkte und eine Vielzahl von Medikamentenentwicklungen, die oft sehr zielgerichtet wirken".

Foto (v.l.): Prof. Dr. Torsten T. Bauer, Präsident der DGP / Quelle: privat; Prof. Dr. Wolfgang Schütte , Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II am Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau / Quelle: Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau

Leitlinien-Ziele: Aufklärung, Weiterbildung und sektorübergreifende Versorgung

Erstmals erstellt wurde die Lungenkrebsleitlinie 2010 und dann 2018 überarbeitet und jetzt wesentlich aktualisiert. „Unser Ziel mit dieser zweiten Überarbeitung ist, Ärzte, betroffene Patienten und Bürger mit einem erhöhten Risiko für ein Lungenkarzinom bei medizinischen Entscheidungen besser zu informieren und zu unterstützen. Zudem haben wir mit der aktualisierten Fassung eine Grundlage für die gezielten ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen geschaffen", so Schütte. Darüber hinaus soll die *bundesweite Umsetzung* der multidisziplinären, qualitätsgesicherten und sektorübergreifenden Behandlung des Lungenkarzinoms gewährleistet werden, so fordern es die Autoren der Leitlinie. „Damit keine Risiken eingegangen werden, sollte jeder Fall in einem spezialisierten Thorax-Onkologischen Tumorboard besprochen werden", betont Schütte. Außerdem setzen sich die Leitlinien-Autoren für eine Verbesserung der Diagnosekette und der stadiengerechten Therapie ein – sowohl bei der Ersterkrankung als auch beim Wiederauftreten eines Tumors beziehungsweise von Tochtergeschwülsten (Metastasen).

Viele neue Aspekte in Leitlinie aufgenommen – mehr Forschung gefordert

Die jetzige Aktualisierung der Lungenkrebs-Leitlinie ist wesentlich umfassender als die frühere: „Das liegt auch daran, weil es mittlerweile viel mehr Spezialaspekte bei den umfassenden Therapiemöglichkeiten zu beachten gilt. Die Lungenkrebsbehandlung ist heute wesentlich differenzierter und auch komplizierter als vor zehn Jahren", so der Mitautor Wolfgang Schütte. Zahlreiche Kapitel wurden in der neuen Fassung überarbeitet oder erweitert. Neu hinzugekommen sind:

- die CT-Untersuchung (Screening) für Risikopersonen (z. B. starke „Langzeitraucher") ohne Symptome,
- das Vorgehen bei neu entdeckten Lungenrundherden,
- verschiedene Formen der molekularen Testung auf Lungenkrebs,
- die Erweiterung des therapeutischen Spektrums,
- die Einführung der Immunchemotherapie in der Erstbehandlung oder auch
- die Vorstellung aller neu diagnostizierten Patienten im interdisziplinären Lungenkrebs- (pneumoonkologischen) Tumorboard.

Und schon im kommenden Jahr soll es weitere Überarbeitungen geben. „Aufgrund der großen Dynamik in diesem Forschungsfeld werden wir diese Lungenkarzinom-Leitlinie als lebendige Leitlinie (Living Guideline) weiterführen", erklärt Schütte. In diesem noch neuen Format der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) soll fortlaufend an der Leitlinie weitergearbeitet und zeitnah publiziert werden. „Somit kommen die *Forschungserkenntnisse* zukünftig *noch schneller in die Praxis*", sagt Schütte. Für die Zukunft hofft er, dass noch mehr Patienten an der klinischen Tumorforschung teilnehmen. Außerdem soll schon im kommenden Jahr eine entsprechende *Patientenleitlinie* publiziert werden. „Damit werden auch die Betroffenen umfassender als bisher informiert werden."

Quelle:
Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) vom 14. November 2022

Welt-COPD-Tag:

Rauchen ist Risikofaktor Nummer 1

Foto: AdobeStock / Aleksej

Weltweit ist die COPD eine der führenden Todesursachen und auch in Deutschland sterben jedes Jahr etwa 30.000 Menschen an der Krankheit COPD – engl. chronic obstructive pulmonary disease – der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung. 80 bis 90 Prozent der COPD-Erkrankungen sind direkt auf das Tabakrauchen zurückzuführen – darauf wiesen der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) anlässlich des Welt-COPD-Tages am 16. November 2022 hin.

Betroffene wissen oft lange Zeit nichts von ihrer Erkrankung, denn eine **COPD** entwickelt sich in der Regel schleichend. Vor allem im Anfangsstadium wird sie häufig übersehen oder als *„Raucherhusten"* verharmlost. Was mit chronischem Husten und vermehrtem Auswurf beginnt, kann in einem *späteren Stadium* der Erkrankung *Atemnot,* erhebliche *Leistungsminderungen* und *lebensbedrohliche Krankheitsschübe* (Exazerbationen) zur Folge haben.

Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, Burkhard Blienert: „Tabak ist nach wie vor unter den Drogen die Todesursache Nummer 1 und verantwortlich für mehr als 200 verschiedene Krankheiten. Wir sehen auch leider wieder einen Anstieg bei den Raucherinnen und Rauchern ab 40 Jahren. Es gibt also weiterhin viel zu tun im Bereich Prävention! Aus diesem Grund richten wir die gemeinsame **Bundesinitiative ‚Rauchfrei Leben' und die Kampagne ‚P.S. Melde Dich'** neu aus. Damit werben wir für einen begleiteten Rauchausstieg, der immer erfolgreicher ist, als es allein zu versuchen!"

Prof. Dr. Martin Dietrich, Kommissarischer Direktor der **B**undes**Z**entrale für **g**esundheitliche **A**ufklärung (BZgA): „Besonders besorgniserregend ist der steigende Anteil von Frauen, die an einer COPD sterben. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes starben im Jahr 2000

fast 16 von 100.000 Frauen. 2020 war diese Zahl mit 32 Todesfällen doppelt so hoch. Insgesamt ist die Zahl der Raucherinnen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gestiegen. Ein Rauchstopp ist für Raucherinnen und Raucher der wichtigste Schritt, eine spätere COPD zu vermeiden und damit auch ihr frühzeitiges Sterberisiko zu reduzieren.

Damit erreichen dann Frau (aber auch Mann) einen erheblichen Zugewinn an Lebensqualität und Leistungsfähigkeit.

Für einen Rauchstopp gibt es eine Vielzahl an kostenfreien Angeboten:

- *Online-Ausstiegsprogramm*: Infos und Tipps zum Thema Rauchen/Nichtrauchen mit Forum, Chat, unterstützender täglicher E-Mail und persönlichen rauchfrei-Lotsinnen und -Lotsen unter: www.rauchfreiinfo.de
- *Telefonische Beratung* zur Rauchentwöhnung: Kostenlose Rufnummer 0800 8 31 31 31 – erreichbar montags bis donnerstags von 10 bis 22 Uhr und freitags bis sonntags von 10 bis 18 Uhr
- *Informationsbroschüren*: „Ja, ich werde rauchfrei“ oder „Rauchfrei in der Schwangerschaft und nach der Geburt“: Die Broschüren können kostenfrei bestellt oder direkt heruntergeladen werden unter: https://shop.bzga.de
- *START-Paket zum Nichtrauchen*: Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“, ein „Kalender für die ersten 100 Tage“, ein Stressball und andere hilfreiche kostenlose Materialien. Bestellung per E-Mail: bestellung@bzga.de

Die BZgA beteiligt sich mit ihren Rauchstopp-Angeboten an der Bundesinitiative „Rauchfrei leben – Deine Chance“: www.nutzedeinechance.de

Bestellung der kostenlosen BZgA-Materialien unter:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
50819 Köln
Online-Bestellsystem: https://shop.bzga.de/
Fax: 0221/8992257
E-Mail: bestellung@bzga.de

Quelle:
*Gemeinsame Pressemitteilung des „Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen“ und der „**B**undes**Z**entrale für **g**esundheitliche **A**ufklärung “ (BZgA) vom 15. November 2022*

Anzeige

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

Shop: www.oxycare.eu

Beatmung mit COPD-Modus
(ähnlich der sog. Lippenbremse)
- prisma VENT 30/40/50/50-C/ LUISA von Löwenstein Medical
- OXYvent Cube 30 ATV
  - Target Volumen
  - Target Minuten Volumen und Triggersperrzeit einstellbar

Made in Germany
Angebotspreis* 2.695,00 €

- Stellar 150/Astral 150 mit Modus iVAPS von ResMed

Weitere Informationen über Geräte und NIV Beatmung bei COPD auf unserer Website www.oxycare-gmbh.de: Therapie/Beatmung

Sauerstoffversorgung
– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:
Aktion EverFlo inkl. GRATIS Fingerpulsoxymeter OXY310 595,00 € *
- SimplyGo, mit 2 l/min Dauerflow
- SimplyGo Mini, ab 2,3 kg
- Inogen One G5, ab 2,15 kg
- Platinum Mobile POCI
- Freestyle comfort
- Eclipse 5

Inogen One G5 ab 1.955,00 € *

Nasaler High-Flow
- MyAirvo2/prisma VENT 50-C/LM Flow
  - Verbessert die Oxygenierung
  - Reduziert die Atemarbeit
  - Erhöht das end-exspiratorische Volumen
  - Auswaschung des nasopharyngealen Totraums
  - Von der WHO für die COVID-19 Behandlung anerkannt

Inhalation & Sekretolyse
- Pureneb AEROSONIC+ mit 100 Hz Schall-Vibration z.B. bei Nasennebenhöhlenentzündung
  - Erhöhte Medikamentendeposition bei gleichzeitiger Behandlung beider Naseneingänge durch speziellen Nasenaufsatz

Ideal für die Sinusitis-Therapie

Hustenassistent:
mit Vibrationsmodus, für Kinder und Erwachsene
- Kalos mit Free Aspire Modus NEU
- Cough Assist E70 von Philips Respironics

Finger-Pulsoxymete OXY 310 29,95 €

*solange Vorrat reicht

Abbildungen können abweichen, Preisänderungen/Druckfehler vorbehalten.

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

Ziel:

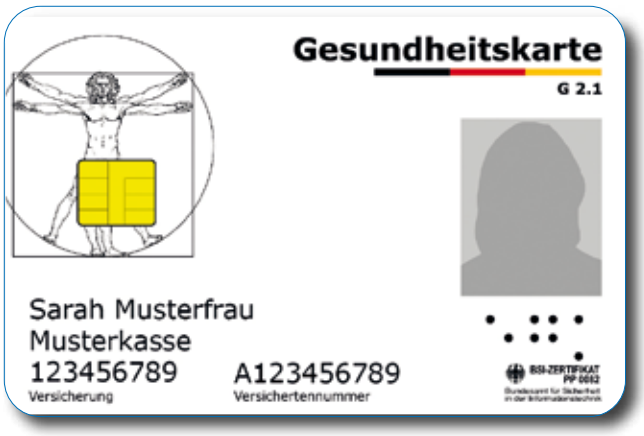
Bessere medizinische Versorgung dank moderner digitaler Infrastruktur

Von der elektronischen Patientenakte bis zum E-Rezept: Die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird zunehmend digital. Davon profitieren die Patientinnen und Patienten, denn die digitale Vernetzung führt zu verbesserter Diagnostik und Therapie. Die gematik schafft dafür die notwendigen technologischen Grundlagen.

Alle gesetzlich Krankenversicherten kennen sie: Die **elektronische Gesundheitskarte**. Beim Arztbesuch müssen sie diese vorlegen, damit die Praxis die darauf hinterlegten Versichertendaten einlesen kann. Was die meisten nicht wissen: Bei diesem vermeintlich einfachen Vorgang haben Versicherte Kontakt mit einem hochkomplexen technischen System: der **Telematik-infrastruktur (TI)**. Hierbei handelt es sich um ein eigenständiges, geschütztes Netz, zu dem nur autorisierte Personen, zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Zugang haben. In der TI werden die *hochsensiblen Patientendaten verschlüsselt* und *fälschungssicher* übertragen. Betrieben wird die TI im gesetzlichen Auftrag von der gematik GmbH, einem Unternehmen, das entsprechende Dienste entwickelt und anbietet.

War die **TI** bisher auf solche Grundfunktionalitäten ausgerichtet, wird sie **nun modernisiert** und **weiterentwickelt**. Das Ziel ist die **umfassende digitale Vernetzung des Gesundheitswesens**. Anhand moderner Anwendungen sollen **Versicherte, Behandelnde und Forschung jederzeit sicheren Zugriff** auf medizinische Daten haben. Denn genau hierin liegt das atemberaubende Potenzial der Digitalisierung: Indem die nach wie vor massiven Informationslücken geschlossen werden und zunehmend auf zeitraubende Zettelwirtschaft verzichtet wird, soll die medizinische Versorgung verbessert und gestärkt werden.

Damit diese Vorzüge Realität werden können, braucht es geeignete technische Lösungen. Die TI ist hierfür die zentrale Infrastruktur. Erste wegweisende digitale Anwendungen hat die gematik bereits gestartet. Dazu zählt etwa die **elektronische Patientenakte (ePA)** als zentraler „Hafen" für alle medizinischen Dokumente der Versicherten. Sie wird derzeit weiterentwickelt, aber schon **seit 1. Januar 2021** müssen die *gesetzlichen Krankenkassen* ihren Versicherten **auf**



Wunsch eine ePA zur Verfügung stellen. Der Patient entscheidet dabei selbst, welche Daten er sammelt und welche er zum Lesen z. B. in einer Sprechstunde freigibt. Kurz vor der flächendeckenden Einführung steht das **elektronische Rezept**. Hierbei erhalten die Versicherten einen digitalen Rezeptcode auf ihr **Smartphone oder zum Ausdrucken**. Das spart unnötige Wege.

Eine Arztpraxis kann so zum Beispiel *Folgerezepte* im gleichen Abrechnungsquartal *direkt in die App* übertragen – **ohne Praxisbesuch** der Versicherten. Außerdem können Rezepte aus der Ferne eingelöst und zum Beispiel direkt nach Hause bestellt werden. Als nächster digitaler Meilenstein steht die Entwicklung einer **elektronischen Identität (eID)** bevor. Damit sollen Versicherte in Zukunft alle Dienste der Gesundheitsversorgung mit nur einer Anmeldung („Single Sign-on") nutzen können, ohne sich immer wieder neu anmelden und identifizieren zu müssen.

Letztlich geht es um Fortschritte in der Diagnostik und Therapie. Durch die digitale Vernetzung können **Erkrankungen frühzeitiger erkannt und behandelt werden**. Eine maßgebliche Rolle spielen dabei **Künstliche Intelligenz (KI)** und **große Datenmengen** *(Big Data)*. KI erkennt Muster in Datensätzen und kann individuelle Krankheitsbilder viel besser erfassen.

Davon profitieren alle Patientinnen und Patienten, insbesondere jene mit **Seltenen Erkrankungen** mit oft nur Hunderten oder wenigen Tausend Betroffenen. Zugleich ermöglicht dies künftig individuali-

sierte, auf den einzelnen Patienten zugeschnittene Therapien. Mehr verfügbare Informationen befördern zudem **besser aufgeklärte Patientinnen und Patienten**, die im Sinne eines **„Patient Empowerment“** noch mehr Mitverantwortung für ihre Gesundheit und den Behandlungserfolg übernehmen.

All diese Innovationen sind ein Vorgriff auf ein vollständig digitales Gesundheitswesen, in dem medizinische Informationen einfach, sicher und mobil – zum Beispiel via Smartphone – eingesehen und ausgetauscht werden können.

Mehr unter: www.gematik.de

Dr. Markus Leyck Dieken ist Geschäftsführer der gematik GmbH. Die **gematik** entwickelt und betreibt im gesetzlichen Auftrag die Telematikinfrastruktur (TI) sowie damit verbundene Dienste und Anwendungen.

Anzeige

GTI medicare
Oxygen Technology
HOMECARE

ALLES AUS EINER HAND: GTI medicare

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

IMMER GUT O_2-VERSORGT MIT DEN GTI MEDICARE VERSORGUNGSKONZEPTEN

Im Bereich der Sauerstoff-Langzeittherapie gibt es bei unterschiedlichen Indikationen unzählige Versorgungsformen. Wir verstehen uns als Ihr Partner und sehen es daher als unsere selbstverständliche Aufgabe an, mit Ihnen Ihr individuell angepasstes Sauerstoffsystem zusammenzustellen.

Fragen Sie uns an. Wir beraten Sie gerne!

AUCH IN IHRER NÄHE:

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

www.gti-medicare.de

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter sollen für Qualitätsschub in der Psychiatrie und Psychosomatik sorgen

Die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) war erfolgreich mit einer Änderung der Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal.

Auf Vorschlag der Patientenvertretung hat der G-BA erstmals Kernaufgaben für Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter in einer Richtlinie aufgenommen. Mit Hilfe dieser Expertinnen und Experten in eigener Sache sollen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten bei der Behandlung stärker berücksichtigt und dadurch das Behandlungsergebnis positiv beeinflusst werden.

Qualifizierte Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter greifen auf eigene Therapieerfahrungen zurück und erfüllen eigenständige Aufgaben. Mit ihrer Erfahrungsexpertise sorgen sie für Transparenz zwischen Betroffenen und Behandlungsteam: Sie können den Betroffenen helfen, Diagnose, Therapie und Medikation besser zu verstehen und anzunehmen, und den Angehörigen und dem behandelnden Fachpersonal die *Betroffenenperspektive* näherbringen. Sie spenden durch die selbst erfahrene Erkrankung und den selbst durchlebten Genesungsprozess Hoffnung, vermögen Ängste zu mindern und können durch ihre Vermittlung von Erfahrungswissen die Adhärenz[1] stärken. Der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern in Psychiatrie und Psychosomatik wird in mehreren nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen, gerade auch bei schweren psychischen Erkrankungen.

International wird Genesungsbegleitung – Peer Arbeit – bereits seit vielen Jahren in verschiedenen Formen von aufsuchender Behandlung sowie auch auf Akutstationen erfolgreich eingesetzt. In Deutschland steht man damit erst am Anfang und qualifizierte Menschen sind noch nicht in ausreichender Zahl ausgebildet. Der G-BA hat daher zunächst noch auf eine verpflichtende Mindestvorgabe verzichtet.

Dennoch ist die Patientenvertretung optimistisch: „Wir senden mit der Aufnahme von Kernaufgaben das klare Signal an Kliniken und Krankenkassen, Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter auf den Stationen einzusetzen und deren Finanzierung sicherzustellen.“,

Foto: AdobeStock / Ibenhoche

so Heiko Waller, Patientenvertreter in den zuständigen Gremien des G-BA. Der G-BA hat die Kernaufgaben für Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter einvernehmlich beschlossen. Die Patientenvertretung sieht darin ein gutes Zeichen dafür, dass dieser Qualitätsschub gelingt. Die Richtlinienänderung tritt zum 1. Januar 2023 in Kraft.

Ansprechpartner:
Herbert Weisbrod-Frey, Patientenvertreter,
Tel.: 0171 7676101

Die Patientenvertretung im G-BA besteht aus Vertreter*innen der vier maßgeblichen Patientenorganisationen entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung:

- Deutscher Behindertenrat,
- Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen und -initiativen,
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Die Patientenvertretung im G-BA kann mitberaten und Anträge stellen, hat aber kein Stimmrecht.

Quelle:
Presseinformation der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vom 15.09.2022

[1] Konsequentes Befolgen des vereinbarten Behandlungsplanes

Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische KHK (chronische Herzerkrankung) aktualisiert

Am 15. September 2022 erschien die überarbeitete Version 6.0 der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische KHK. Das Kapitel Revaskularisation[1] wurde grundlegend überarbeitet. Die NVL ist auf den Internetseiten des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und im Leitlinienregister der AWMF[2] frei verfügbar.

Die *koronare Herzkrankheit* (KHK) gehört zu den wichtigen „Volkskrankheiten". Ziel der NVL Chronische KHK ist, die Versorgung der Erkrankten zu verbessern. Für die aktuelle Auflage hat die multidisziplinär zusammengesetzte Leitliniengruppe mit Vertretern aus 18 medizinischen Fachgesellschaften und Organisationen das Kapitel zur Revaskularisation[1] intensiv bearbeitet. Dabei hat sie neue Erkenntnisse aus Forschung und Versorgung gründlich geprüft, diskutiert und gemeinsam verabschiedet.

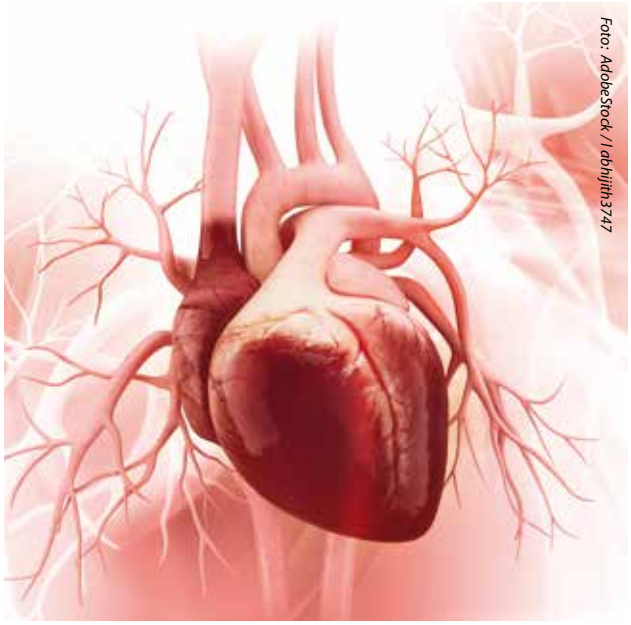


Foto: AdobeStock / labhjith3747

Ansicht des Herzens mit großen Blutgefäßen.

Die Kernaussagen der NVL Chronische KHK

Für eine Reihe Betroffener hat eine Revaskularisation[1] aus prognostischer Indikation keine Vorteile. Bei bestimmten Begleiterkrankungen wie Herzschwäche oder Zuckerkrankheit (Diabetes) sowie bei ausgeprägter KHK weisen Studien auf einen Vorteil der *Bypass-OP* hin. *Stents* können dann in Frage kommen, wenn eine Operation nicht möglich ist. Ein Überlebensvorteil für Stents ist in hochwertigen Studien aber nicht belegt. Beide Eingriffe können auch Komplikationen mit sich bringen. Um eine Bypass-OP zu planen oder Stents zu setzen, ist eine *Herzkatheter-Untersuchung* wichtig. Die Entscheidung zu dieser Untersuchung soll erst fallen, wenn Patient*innen umfassend über Nutzen und Nachteile der sich anschließenden Eingriffe (Bypass-OP oder Stent) beraten wurden. Gemeinsam mit den Behandelnden sollen sie das Für und Wider abwägen und individuell entscheiden. Dazu stellt die NVL eigens entwickelte Entscheidungshilfen bereit, die für diese Version grundlegend überarbeitet wurden.

Ist geplant, Stents einzusetzen, empfiehlt die NVL die Messung der *fraktionellen Flussreserve* (FFR).

Patienten-Information:
KHK – mögliche Untersuchungen bei Verdacht

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien steht unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Mit der Durchführung, Organisation und methodischen Begleitung wurde das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) beauftragt.

Mehr zum Thema:
- Themenseite NVL Chronische KHK
- NVL Chronische KHK – aktuelle Version
- Empfehlungsübersicht
- Leitlinienreport zur NVL Chronische KHK (Version 6 / Kapitel Revaskularisationstherapie)
- Leitlinienreport zur NVL Chronische KHK (5. Auflage / alle weiteren Kapitel)
- Entscheidungshilfen / Patientenblätter

Quelle:
*Pressemitteilung des **Ä**rztlichen **Z**entrums für **Q**ualität in der Medizin (ÄZQ) vom 15. September 2022*
E-Mail: info@azq.de

1 chirurgische Verbesserung der Durchblutung minder versorgter Gewebe
2 Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften

Miteinander sprechen, füreinander da sein

Warum Kommunikation bei Asthma so wichtig ist

Foto: GettyImages

Eine alte Weisheit besagt, dass nur sprechenden Menschen geholfen werden könne. Doch das ist im Alltag mit Asthma nicht immer einfach. So fällt es Menschen mit (unkontrolliertem) Asthma manchmal schwer, ihre Gefühle und Bedürfnisse zu äußern. Die Gründe dafür sind vielschichtig: Einer Patientenumfrage zufolge möchten 46 Prozent der Personen nicht als krank wahrgenommen werden und schweigen deshalb lieber. Selbst der Familie und dem Freundeskreis gegenüber sind Menschen mit Asthma oft gehemmt: 53 Prozent der Befragten geben an, Gespräche über ihre Erkrankung nicht in den Mittelpunkt rücken zu wollen*. Dabei ist genau das so wichtig, damit alle Beteiligten gut mit der Erkrankung umgehen können. Wie lässt sich also aktiv und auf Augenhöhe zum Thema Asthma kommunizieren?

Let's talk about… Asthma!

Für einen offenen Austausch zwischen Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen und ihrem Umfeld braucht es in erster Linie Ehrlichkeit, Transparenz und Empathie – und zwar von beiden Seiten aus. Damit das gelingt, helfen ein paar einfache Kommunikations-Tipps, die von und mit Betroffenen sowie Angehörigen entwickelt wurden.

3 Tipps für Menschen mit Asthma

Regelmäßig reflektieren: Sich bewusst zu machen, was einem guttut und was nicht, oder was einen nervt und was einen beruhigt, ist wichtig. Nur dann lassen sich die Bedürfnisse ausdrücken und mitteilen. Da sich dies mit der Zeit auch ändern kann, lohnt sich eine regelmäßige Selbstreflexion.

Richtig ausdrücken: Neben dem „Was" kommt es auch auf das „Wie" an. Wer sich mitteilen möchte, sollte stets aus der Ich-Perspektive berichten und seine Emotionen möglichst konkret ausdrücken. Zu vermeiden sind Vorwürfe und Worte wie „immer" und „nie". Besser: „Ich bekomme Beklemmungsgefühle, wenn du mich in stressigen Situationen umarmst. Ich fühle mich wohler, wenn du mich durch Worte beruhigst."

Grenzen setzen: Meistens meint es das Umfeld zwar nur gut, doch es gibt Situationen, in denen klare Grenzen nötig sind. Diese sollten immer direkt in der Situation angesprochen werden, etwa: „Ich weiß deine Fürsorge zu schätzen. Doch jetzt brauche ich bitte etwas Ruhe." Bestenfalls werden Grenzen bereits im Vorfeld kommuniziert, um negative Stimmungen in der akuten Situation zu vermeiden.

3 Tipps für Familie, Freund*innen & Kolleg*innen

Sich informieren: Wer Menschen mit Asthma im Umfeld hat, bekundet auch dadurch Interesse und Unterstützung, indem er oder sie sich informiert, um die chronisch-entzündliche Erkrankung besser zu verstehen. Dabei kann auch ein gemeinsamer Besuch in der Lungenfacharztpraxis helfen.

Zuhören und nachfragen: Manchmal möchten Menschen mit Asthma einfach Dampf ablassen. Ein guter Gesprächspartner hört dann aufmerksam und aktiv zu. Die richtige Körpersprache, etwa ein bestätigendes Nicken, aber auch ehrlich interessierte Nachfragen (z. B.: „Was genau sind deine Sorgen?“), helfen, dem Gegenüber ein Gefühl der Verbundenheit zu vermitteln.

Aktivieren und motivieren: Menschen mit Asthma haben zeitweise mit negativen Gedanken und Gefühlen zu ringen, etwa während eines Asthma-Anfalls. Nahestehende sind nun aufgefordert, zu ermutigen und positive Gedanken und Gefühle zu bestärken. Dabei gilt es jedoch, die Bedürfnisse und Grenzen des anderen stets zu respektieren. Wer sich unsicher ist, kann auch offen fragen, ob Tipps, Gesellschaft oder Ratschläge erwünscht sind.

Füreinander da sein:

Gemeinsam gut vorbereitet auf den Asthma-Anfall

Wie (lebens-)wichtig das Wissen über die Erkrankung sowie eine transparente Kommunikation darüber sind, zeigt sich vor allem in Extremsituationen. Bei Menschen mit Asthma zählt der Asthma-Anfall zu den Momenten, die für Betroffene wie Angehörige oft gleichermaßen erschreckend und herausfordernd sind. Wer dann weiß, was zu tun ist, kann die Situation entspannen.

Dafür ist es hilfreich, einen medikamentösen Notfallplan mit der behandelnden Lungenfachärztin oder dem behandelnden Lungenfacharzt zu entwickeln. Mit nahestehenden Personen sollten zusätzliche Themen besprochen werden. Das könnten z. B. folgende Punkte sein:

- **Entspannte Position einnehmen:** Es gibt eine Reihe von Körperhaltungen und Atemübungen, die bei Atemnot beruhigend wirken können. Betroffene sollten ihre bevorzugte Position herausfinden, dem Umfeld mitteilen und bestenfalls vorab gemeinsam üben. Auch sollte besprochen werden, ob bei Atemnot körperliche Nähe oder Distanz bevorzugt wird.
- **Notfallmedikation anwenden:** Menschen mit Asthma und deren enger Umkreis sollten wissen, wo sich das Bedarfsmedikament, beispielsweise das Asthmaspray, befindet, um darauf im Akutfall schnell zugreifen zu können.
- **Handzeichen geben:** Sinnvoll ist es auch, vorab bestimmte Handzeichen zu vereinbaren und mit Familie, Freunden und Co. zu besprechen – etwa als Signal für eine Verbesserung oder Verschlimmerung der Beschwerden, oder, um den Wunsch nach körperlicher Nähe bzw. Distanz mitzuteilen. Außerdem sollte ein Not-Handzeichen festgelegt werden, nach dem umgehend der Notruf getätigt wird.

Wichtig: Sollten die Symptome gleichbleiben, oder sich sogar verschlechtern, muss umgehend der Notarzt (Telefon: 112) gerufen werden. Das gilt auch, wenn die oder der Betroffene nicht zu beruhigen ist, nicht auf die Notfallmedikamente reagiert, oder diese nicht griffbereit hat, oder wegen starker Atemnot blau anläuft.

Gut zu wissen: Je besser Menschen mit Asthma und deren Liebsten über die chronisch-entzündliche Erkrankung aufgeklärt sind, desto besser können Alle mit typischen Alltagssituationen und herausfordernden Momenten umgehen.

Wo findet man verlässliche Informationen?
Erste Anlaufstelle für Fragen und Sorgen rund um Asthma sollte immer die Lungenfacharztpraxis sein. Darüber hinaus gibt es aber auch Websites, z. B. www.asthma-aktivsten.de, die wissenswerte Infos und Orientierungshilfen zum eigenen Asthma-Status, wie etwa einen Asthma-Selbsttest, anbieten.

Mehr Tipps für den Alltag mit Asthma gibt’s auch auf Instagram **@Asthma_Aktivisten** oder im Podcast „Atmungsaktiv“ auf allen Streamingplattformen.

* Umfrage unter 306 Menschen mit unkontrolliertem Asthma, wie schwerwiegend der Einfluss der Erkrankung auf ihren Alltag ist. Auftraggeber der Befragung ist Sanofi.

MAT-DE-2204348-1.0-10/2022

Empfehlung von Hilfsmitteln durch Pflegefachkräfte möglich

Foto: AdobeStock / Robert Kneschke

Um Pflegebedürftige zügig mit Hilfsmitteln zu versorgen, wurden zum 1. Januar 2022 neue Richtlinien des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Kraft gesetzt. Sie ermöglichen Pflegefachkräften in der häuslichen Pflege, Hilfsmittel zu empfehlen. Eine zusätzliche ärztliche Verordnung braucht es nicht.

Für Menschen mit Einschränkungen bedeuten Hilfsmittel oftmals mehr Eigenständigkeit. Hilfsmittel spielen aber auch eine entscheidende Rolle für die Pflegetätigkeit: Mit ihnen lassen sich körperliche Belastungen für die Pflegenden wesentlich reduzieren. Umso bedeutsamer sind die seit 1. Januar 2022 geltenden „Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte". Sie betreffen die *ambulante Pflege*.

Was sollten Einrichtungen und Beschäftigte beachten?

Das empfohlene Hilfsmittel muss

- zur Erleichterung der Pflege der oder des Pflegebedürftigen beitragen oder
- zur Linderung ihrer beziehungsweise seiner Beschwerden beitragen oder
- der pflegebedürftigen Person eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Das empfohlene *Hilfsmittel muss in der Hilfsmittelliste des GKV-Spitzenverbands aufgelistet* sein. Dort finden sich verschiedene Produktgruppen mit weiteren Unterteilungen. Zu den *„Mobilitätshilfen"* zählen beispielsweise die „Umlager-/Wendehilfen" mit so unterschiedlichen Hilfsmitteln wie Gleitmatten, Anti-Rutsch-Matten und Aufrichthilfen. Bei der Abgabe der Empfehlung ist der *konkrete Verwendungszweck* zu beschreiben. Dies ist Voraussetzung für die Versorgung mit dem benötigten Hilfsmittel.

Wer darf Empfehlungen geben?

Qualifizierte Pflegefachkräfte können im Zusammenhang mit der Erbringung von häuslicher Pflegehilfe, häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege und § 37-Beratungen Hilfsmittel (Verpflichtend sind die Beratungseinsätze für alle, die aufgrund von Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 Pflegegeld beziehen.) empfehlen. Es ist keine weitere Zusatzqualifikation notwendig.

Das im Anhang zur Richtlinie veröffentlichte *Formular* wird ausgefüllt und der pflegebedürftigen Person ausgehändigt. *Innerhalb von zwei Wochen* muss das Formular über einen Leistungserbringer bei der Kranken- oder Pflegekasse eingehen. Der *Kostenträger entscheidet* „zügig", das heißt *innerhalb von drei Wochen*. Dann kann die Versorgung durch den Leistungserbringer stattfinden.

Mehr wissen

Der GKV-Spitzenverband informiert über das Thema Hilfsmittel und veröffentlicht aktuelle Richtlinien und Empfehlungen: **www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittel.jsp**
Webportal GKV-Hilfsmittelverzeichnis:
https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de

Autorin: Susanne Hoser
Quelle: BGW magazin 4/2022

Antrag Hilfsmittel

Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte

Anhang I **Empfehlung der Pflegefachkraft nach § 40 Absatz 6 SGB XI für ein Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel**

(Bitte pro Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel inkl. Zubehör und Zusätze ein Formular verwenden.)

I. Allgemeine Angaben

Name, Vorname der/des Versicherten

Versichertennummer

Telefonnummer (freiwillig)

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Anschrift der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Name, Anschrift der zuständigen Krankenkasse/Pflegekasse

Name, Vorname der Pflegefachkraft

Beschäftigtennummer (§ 293 Abs. 8 SGB V)

Institutionskennzeichen des Pflegedienstes, der Beratungsstelle nach § 37 Abs. 7 SGB XI o. der Pflegefachkraft nach § 77 SGB XI

Name, Anschrift o. ggf. Stempel des Pflegedienstes, der Beratungsstelle o. der Pflegefachkraft

Telefonnummer (für Rückfragen)

II. Angaben der Pflegefachkraft

a) Vorhandene Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel

Bei der/dem Versicherten sind bereits folgende Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel vorhanden (bitte auch die Hilfsmittel aufführen, die nicht pflegerischen Zielen des § 40 SGB XI dienen, unabhängig vom Kostenträger):

☐ Keine ☐ Folgende **Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel** sind bereits vorhanden:

b) Empfehlung der Pflegefachkraft:

Ich empfehle für die o. g. Versicherte bzw. den Versicherten folgendes Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel (bitte das Produkt nach seiner Art bezeichnen und kein einzelnes Firmenprodukt/keinen Markennamen nennen):

Bezeichnung des Hilfsmittels/Pflegehilfsmittels

7-stellige Positionsnummer

Ggf. Bezeichnung des Zubehörs

7-stellige Positionsnummer

c) Begründung für die Empfehlung:

Das Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel dient der bzw. dem Pflegebedürftigen zu folgendem Zweck und wird aus folgenden Gründen benötigt:

Seite 14 von 39

Hilfsmittel und wer sie bezahlt (Teil 1)

Hilfsmittel beantragen, Kostenträger überzeugen, Fristen einhalten – es gibt so vieles zu beachten. Rechtsanwalt Roland Zarges weiß welche Möglichkeiten es gibt, Hilfsmittel von den verschiedenen Kostenträgern zu erhalten.

Foto: AdobeStock/ DC Studio

Die Krankenkassen sind für Viele meist der erste Ansprechpartner, wenn es um die Versorgung mit einem Hilfsmittel geht:

a) gesetzliche Krankenversicherung:
In der gesetzlichen Krankenversicherung sind neben dem *Anspruch auf Heilbehandlung diverse Hilfsmittel zu übernehmen*. Zu beachten ist, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung das *Sachleistungsprinzip* gilt. Das bedeutet, dass man das Hilfsmittel nicht selbst kauft und dann die Kosten erstattet bekommt. Es ist so, dass ein Hilfsmittel, das erforderlich ist, von einem Arzt oder auch einer Pflegefachkraft verordnet wird, zum Beispiel ein Rollstuhl. Mit dieser Verordnung wird über ein Sanitätshaus, das gleichzeitig Vertragspartner der Krankenkasse sein muss, der Rollstuhl beschafft. Die Hilfsmittelbeschaffung in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt in *der Regel leihweise*. Hilfsmittel, die sich abnutzen, wie beispielsweise Rollstühle oder angepasste Hilfsmittel wie Prothesen und orthopädische Schuhe, werden dauerhaft angeschafft und überlassen. Wichtig ist, dass die *Hilfsmittelversorgung beantragt werden* muss. Dies wird im Regelfall mit einem *Kostenvoranschlag* vom Sanitätshaus übernommen.

Bei Hilfsmitteln, die häufig vorkommen, wird eine *Hilfsmittelnummer* vergeben. Wird eine Versorgung mit einem Hilfsmittel vom Arzt angeordnet, das eine Hilfsmittelnummer hat, findet die Versorgung in der Regel problemlos statt. *Schwieriger* wird es bei solchen *Hilfsmitteln,* die entweder keine Hilfsmittelnummer haben oder aber *speziell angepasst* werden müssen. Schwierigkeiten gibt es in der Praxis von Roland Zarges auch dann, wenn *besondere Hilfsmittel* wie beispielsweise Rollstühle mit verlängertem Rahmen bei besonders großen Personen erforderlich sind. In diesen Fällen wird in der Regel über den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) eine *Stellungnahme* angefordert. Man sollte in diesen Fällen mit dem Arzt reden, damit dieser, eventuell zusammen mit dem Sanitätshaus, eine *Stellungnahme* verfasst. *Wird* das *Hilfsmittel abgelehnt*, hat man *gegen die Ablehnung* die Möglichkeit, *Widerspruch einzulegen*. Sollte der Widerspruch nicht erfolgreich sein, muss die Krankenkasse auf die Bewilligung des Hilfsmittels verklagt werden. *Durch den gemeinsamen Bundesausschuss* (G-BA) *wird ein Hilfsmittelkatalog festgelegt*. Ebenfalls festgelegt wird ein *Heilmittelkatalog,* das heißt, Krankenkassen sind verpflichtet, die in diesem Katalog enthaltenen Hilfsmittel zu bewilligen. Schwierig wird es, wenn ein Hilfsmittel außerhalb des Hilfsmittelkatalogs beantragt wird. In diesen Fällen ist im Wege der *Einzelfallentscheidung* zu prüfen, ob das Hilfsmittel auch außerhalb des Hilfsmittelkatalogs und gegebenenfalls ohne Hilfsmittelnummer bewilligt werden muss. Das *Bundessozialgericht* hat bereits im Jahre 2010 entschieden, dass beispielsweise ein Elektrorollstuhl zu bewilligen ist. Dies wurde von den Krankenkassen zuvor regelmäßig mit der Begründung abgelehnt, dass man lediglich für die Mobilität innerhalb der Wohnung beziehungsweise des Hauses zuständig sei, nicht jedoch für die Mobilität außerhalb. Das *Bundessozialgericht* stellt in diesem Fall auf den *Aspekt der sozialen Teilhabe* ab.

Es gibt bei der *Hilfsmittelversorgung* ebenso wie bei der *Versorgung mit Assistenz* verschiedene Aspekte. Der Aspekt der sozialen Teilhabe wird regelmäßig außer Acht gelassen. *Wichtig ist, dass eine gesetzliche Krankenversicherung drei Wochen Zeit hat, einen Antrag zu prüfen. Sollte innerhalb von drei Wochen keine Ablehnung erfolgen, gilt der Antrag*

als bewilligt. Sollte für einen Antrag die Stellungnahme des medizinischen Dienstes erforderlich sein, ist diese schnellstmöglich einzuholen. In der Regel hat die gesetzliche Krankenversicherung dann *fünf Wochen Zeit*, über den Antrag zu entscheiden, muss jedoch innerhalb von drei Wochen den Versicherten darüber informieren, dass eine Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenkassen erforderlich ist. Sollte auch *nach Ablauf* der fünf Wochen keine Ablehnung erfolgen, gilt der Antrag *ebenfalls als genehmigt*. Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass das nur gilt, wenn ein genehmigungsfähiges Hilfsmittel beantragt wurde. *Diese Regelung* (§ 13 Absatz 3a SGB V) *gilt jedoch nur für Hilfsmittel, nicht* jedoch für Reha-Maßnahmen. Die Regelung ist relativ neu im SGB V. Zu Beginn haben die Krankenkassen nach Ablauf der drei Wochen regelmäßig versucht, Aufhebungsbescheide zu erlassen. Dem hat die sozialgerichtliche Rechtsprechung eine Absage erteilt. *Ein einmal fiktiv bewilligtes Hilfsmittel kann nicht mehr zurückgefordert werden*.

b) private Krankenversicherung:

Bei der privaten Krankenversicherung handelt es sich, anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung, um eine *Versicherung mit Kostenerstattung*. Das bedeutet, dass der Versicherte sich das Hilfsmittel selbst beschafft und dann zur Kostenerstattung einreicht. Es ist zu beachten, dass es sich bei der *privaten Krankenversicherung* um einen *normalen Versicherungsvertrag* handelt. Das bedeutet, dass diesem Vertrag *individuelle Vereinbarungen* zugrunde liegen. Es kann beispielsweise geregelt sein, dass Hilfsmittel ab einem bestimmten Wert vorher bei der Krankenversicherung beantragt werden müssen. Darüber hinaus ist möglicherweise ein bestimmter *Hilfsmittelkatalog* vereinbart. Das bedeutet, dass Hilfsmittel, die außerhalb dieses Kataloges liegen, nicht von der privaten Krankenversicherung übernommen werden. *So kann es vorkommen, dass privat Krankenversicherte bei der Hilfsmittelversorgung deutlich schlechter gestellt sind als gesetzlich Krankenversicherte.* Manche Verträge nehmen Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung. Manche Verträge haben zur Hilfsmittelversorgung die allgemeine Formulierung, dass medizinisch erforderliche Hilfsmittel übernommen werden. In diesen Fällen reicht eine ärztliche Verordnung. In jedem Fall ist genau zu prüfen, welche Hilfsmittel übernommen werden und welche nicht. Hierüber sollte man gegebenenfalls mit dem Arzt reden und möglicherweise Alternativen finden, falls ein Hilfsmittel nicht von der privaten Krankenversicherung übernommen wird.

Pflegeversicherung:

Auch in der Pflegeversicherung werden solche technischen Pflegehilfsmittel wie beispielsweise Pflegebetten, Lagerungshilfen oder Notrufsysteme übernommen. Dabei handelt es sich um einmalige Anschaffungen beziehungsweise Geräte, die leihweise zur Verfügung gestellt werden. *Im Grundsatz gelten die gleichen Regelungen wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung*. Hier gibt es *keinen Unterschied zwischen der gesetzlichen Pflegeversicherung nach* SGB XI *und der privaten Pflegeversicherung* nach VVG. Bei der Pflegeversicherung ist zu beachten, dass *bauliche Maßnahmen* mit Hilfsmitteln wie beispielsweise Haltegriffe mit bis zu 4.000 Euro bezuschusst werden.

Hierbei gilt, dass jede einzelne Maßnahme diesen Zuschuss erhalten kann. Wohnen mehrere Menschen zusammen, die pflegebedürftig sind, erhöht sich dieser Betrag auf maximal 16.000 Euro. Hier sollte man gegebenenfalls darauf achten, ob möglicherweise mit einer weiteren Maßnahme zugewartet werden kann und dann bei neuen Maßnahmen neue Anträge gestellt werden können. In der *Pflegeversicherung* sind neben technischen Pflegehilfsmitteln *auch Verbrauchsprodukte* wie beispielsweise *Einmalhandschuhe* oder *Betteinlagen* mit *40 Euro pro Monat versichert*. Zu beachten ist, dass auch dies im Wege des Sachleistungsprinzips erfolgt. In der Regel haben Pflegeversicherungen Verträge mit Leistungserbringern wie Sanitätshäusern oder Lagern. Die Pflegehilfsmittel müssen über den Leistungserbringer bezogen werden.

Integrationsamt/Versorgungsamt:

Für Hilfsmittel am Arbeitsplatz und die behindertengerechte Einrichtung des Arbeitsplatzes sind die Integrations- beziehungsweise Versorgungsämter zuständig. Hier sind entsprechende Anträge zu stellen und Kostenvoranschläge einzureichen. Die Maßnahmen werden dann übernommen.

Deutsche Rentenversicherung:

Im Rahmen der Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes übernimmt die Deutsche Rentenversicherung die behindertengerechte Ausstattung eines Kraftfahrzeugs. Hier gilt die KFZHilfeVO. Nach dieser Verordnung kann bei bestimmten Einkommensbeschränkungen auch ein Zuschuss zur Anschaffung des Kraftfahrzeugs geleistet werden.

Autor:
Roland Zarges
Rechtsanwalt
(Hochschule Darmstadt),
Spezialist für Personengroßschäden
www.zarges-schadensersatz.de
info@zarges-Schadenersatz.de

Quelle: beatmet leben 06-2022, Seite 28-29

Claudia Moll, MdB zur neuen Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung ernannt

Foto: Pflegebevollmächtigte, Photothek

Am 12. Januar 2022 erhielt Claudia Moll, MdB, ihre Ernennungsurkunde zur Pflegebevollmächtigten von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Das Bundeskabinett hatte sie am Vormittag zur neuen Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bestellt.

Claudia Moll: „Als Abgeordnete habe ich mich schon immer mit ganzer Kraft für die Pflege stark gemacht. Deshalb freue ich mich jetzt umso mehr, diese wichtige Arbeit als Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung mit noch mehr Nachdruck fortführen zu können."

Als Pflegeexpertin setzt sich Claudia Moll ein für bessere Arbeitsbedingungen und Löhne für Pflegekräfte, die Entlastung pflegender An- und Zugehöriger und eine Pflege, die die Bedarfe und Wünsche der Pflegebedürftigen respektiert.

Claudia Moll: „Die Pflege muss endlich die *Wertschätzung* bekommen, die sie verdient! Pflegekräfte müssen sie in der täglichen Arbeit und auf dem Gehaltszettel spüren. Und vor allem muss die Pflege überall dort mit am Tisch sitzen, wo über Fragen verhandelt und entschieden wird, die sie angehen. Beratungsangebote müssen so weiterentwickelt werden, dass Pflegebedürftige mit ihrer Hilfe die Pflege so organisieren können, dass sie zu ihrem Leben passt. Und *pflegende Angehörige brauchen wirkungsvolle Entlastung* durch ein vielfältiges Angebot an Entlastungsleistungen, ein Budget, mit dem diese Leistungen finanziert werden können, und nicht zuletzt *eine Lohnersatzleistung für pflegebedingte Auszeiten*. Es muss sich viel bewegen in der Pflege und ich sehe überall eine große Bereitschaft, die Themen jetzt anzugehen!"

Claudia Moll ist staatlich examinierte Altenpflegerin mit einer Weiterbildung zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie. Seit 2017 ist sie Mitglied des Deutschen Bundestages mit einem Direktmandat (SPD) im Wahlkreis Aachen II und Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages..

Informationen zur Arbeit der Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege finden Sie unter www.pflegebevollmaechtigte.de.

Quelle:
Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Burkhard Blienert ist jetzt Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen

Foto: Thomas Ecke

Neuer Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen wurde Burkhard Blienert. Das hat am 12.01.2022 das Bundeskabinett beschlossen und damit dem Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach zugestimmt.

Auch die Amtsbezeichnung von ehemals „Drogenbeauftragter der Bundesregierung" hat sich mit Antritt des neuen Beauftragten geändert. Der neue Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, Burkhard Blienert sagt: „Dieses Amt übernehmen zu dürfen, freut mich wirklich sehr. Es gibt viel zu tun! Die Drogen- und Suchtpolitik muss in vielen Bereichen neu gedacht und neu gestaltet werden. Was wir brauchen, ist ein Aufbrechen alter Denkmuster. Es muss gelten: ‚*Hilfe und Schutz statt Strafe.*' Nicht nur beim Thema Cannabis, sondern in der Drogenpolitik insgesamt, national wie auch international. Die Welt steht gesundheitspolitisch vor nie dagewesenen Herausforderungen und auch die Sucht- und Drogenpolitik muss mit großem Engagement und ohne Vorurteile angegangen werden. Ich danke Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Lauterbach für das Vertrauen und werde mein Bestes geben, um den Betroffenen und ihren Familien in ganz Deutschland die Unterstützung zu geben, die sie brauchen!"

Der in Braubach/Rheinland-Pfalz geborene Blienert studierte Politik, Neuere Geschichte und Soziologie mit Magister und legte das erste Staatsexamen für die Sekundarstufe I in Sozialwissenschaften, Geschichte und Pädagogik ab. Blienert ist seit 1990 Mitglied der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) und beschäftigt sich seit etwa zehn Jahren intensiv mit Fragen der Drogen- und Suchtpolitik.

In der 18. Wahlperiode (2013-2017) war er Mitglied des Deutschen Bundestages und vertrat seine Fraktion als ordentliches Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, im Ausschuss für Kultur und Medien sowie im Haushaltsausschuss. Blienert war während dieser Zeit Berichterstatter seiner Fraktion für Drogen- und Suchtfragen.

Der 55jährige arbeitete zuletzt im Stabsbereich Politik einer großen Krankenkasse, ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Quelle:
Pressemitteilung
des Deutschen Bundestages

Bundesregierung beruft neue Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs

Kerstin Claus ist neue Missbrauchsbeauftragte

Foto: Barbara Dietl für UBSKM

Die Journalistin Kerstin Claus wurde am 30.03.2022 zur Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) berufen. Mit Kerstin Claus wird das Amt ab dem 1. April für die nächsten fünf Jahre neu besetzt. Die Unabhängige Beauftragte ist im Auftrag der Bundesregierung verantwortlich für die Anliegen von Betroffenen und eine Stelle für alle, die sexualisierter Gewalt und Ausbeutung an Kindern und Jugendlichen entschieden entgegentreten.

Anne Spiegel, die damalige Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *„Mit Kerstin Claus haben wir eine hervorragend qualifizierte Frau für diese wichtige Aufgabe gewinnen können. Ich bin überzeugt, dass sie wichtige neue Impulse setzen wird. Gemeinsam werden wir viel erreichen: in der Ampel-Koalition haben wir uns vorgenommen, das Amt auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen und die wichtige Arbeit der Aufarbeitungskommission fortzuführen. Außerdem wird in diesem Jahr eine bundesweite Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagne starten. Mit der Unabhängigen Beauftragten Claus an der Seite wird so die Arbeit des Nationalen Rats gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen vorangetrieben. Die Ziele sind klar: Kein Kind soll sexualisierte Gewalt erleben müssen. Prävention sowie Hilfen und Aufarbeitung müssen gestärkt werden."*

Zu ihrer Ernennung erklärt **Kerstin Claus**: *„Ich freue mich sehr, dass mir die Bundesregierung das Vertrauen ausspricht und mich zur neuen Unabhängigen Beauftragten berufen hat. Sexualisierte Gewalt ist überall in Deutschland tagtägliche Realität für viele Kinder und Jugendliche, oftmals mit lebenslangen Auswirkungen. Wir brauchen starke Netzwerke, um Kinder und Jugendliche zu schützen und verlässliche Hilfen über die gesamte Lebensspanne. Hierfür möchte ich insbesondere mit den Ländern und Kommunen in eine starke Zusammenarbeit treten. Kinder können nur vor Ort geschützt werden. Flächendeckende Schutzkonzepte in Schulen und Vereinen sind deshalb ebenso wichtige Bausteine gegen Missbrauch wie verbindliche Standards in der Qualifizierung von Fachkräften und die Sensibilisierung der Gesellschaft. Kinder zu schützen, Taten aufzudecken und Betroffene gut zu begleiten, kann nur gelingen,*

wenn wir alle dazu beitragen und die Hilfestrukturen flächendeckend zur Verfügung stehen. Ich werde deshalb verstärkt den Dialog vor Ort suchen und freue mich auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit auf Bundes- und Landesebene.

In der Beratung habe ich immer wieder gemerkt, wie sehr Prozesse sich verändern, wenn es gelungen ist, in Entscheidungen die Expertise und das Erfahrungswissen von uns Betroffenen einzubringen. Deswegen werde ich mich für die stärkere Einbindung der Perspektiven Betroffener und ihre grundlegende Beteiligung in den Ländern einsetzen und diese auch auf Bundesebene weiter ausbauen.“

Der **Betroffenenrat** begrüßt die Berufung seines Mitglieds Kerstin Claus zur Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauch: „Dass mit Kerstin Claus erstmals eine Betroffene Unabhängige Beauftragte wird, ist für uns die konsequente Fortführung eines herausfordernden Amtes. Wir alle kennen Kerstin Claus als leidenschaftliche Mitstreiterin - immer parteiisch für die Bedürfnisse und Belange von Betroffenen. Im Betroffenenrat werden wir sie vermissen. Aber mit dieser Entscheidung werden die jahrelange Arbeit von Betroffenen sowie ihre vielfältigen Kompetenzen noch sichtbarer. Wir wünschen Kerstin alles Gute und vor allem viel Kraft im neuen Amt. Wir werden weiter gemeinsam nicht schweigen.“

Über Kerstin Claus

Kerstin Claus, geboren 1969 in München, ist Journalistin und systemische Beraterin und seit 2015 in der Politik- und Strategieberatung im Themenbereich sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche tätig. Claus ist *als Unabhängige Beauftragte nicht weisungsgebunden*. Organisatorisch, personell und finanziell erfolgt die Anbindung beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Der Arbeitsstab des bisherigen Unabhängigen Beauftragten Rörig bleibt der jetzigen Unabhängigen Beauftragten zugeordnet.

Über das Amt der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM)

Die Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs leitet das Amt der Bundesregierung für die Anliegen von Betroffenen und deren Angehörige, für Expertinnen und Experten aus Praxis und Wissenschaft sowie für alle Menschen in Politik und Gesellschaft, die sich gegen sexuelle Gewalt engagieren.

Zu den wesentlichen **Aufgaben der Unabhängigen Beauftragten** gehören:

1. Information, Sensibilisierung und Aufklärung zu Themen der sexualisierten Gewalt gegen Kinder und Jugendliche,
2. Unterstützung der nachhaltigen Verbesserung des Schutzes vor sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und der Hilfen für betroffene Menschen,
3. Identifizierung gesetzlicher Handlungsbedarfe und Forschungslücken im Themenfeld sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche,
4. Wahrnehmung der Belange von Menschen, die in ihrer Kindheit oder Jugend sexualisierte Gewalt erlitten haben,
5. Sicherstellung einer systematischen und unabhängigen Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland.

Beim Amt der Unabhängigen Beauftragten ist dauerhaft ein *ehrenamtlich tätiger Betroffenenrat* eingerichtet, der die UBSKM und ihr Team berät. So wird eine strukturierte und kontinuierliche Beteiligung von Betroffenen auf Bundesebene gewährleistet. Seine Mitglieder werden für die Dauer von fünf Jahren durch die Bundesfamilienministerin berufen und tragen die Anliegen von Betroffenen in den politischen Diskurs und in die Öffentlichkeit.

Weitere Informationen zur Ernennung der Unabhängigen Beauftragten unter www.beauftragte-missbrauch.de.

Quelle:
Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Index zur Berufsgesundheit in der Pflege

Die Corona-Pandemie hat die Belastungen des Personals in der Pflege verschärft und positive Tendenzen der Vorjahre unterbrochen.

Gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) hat die BGW den Berufsgesundheits- Index Pflege (BeGX) erstellt und im Oktober auf dem Deutschen Pflege- tag vorgestellt. „Wir haben ein Inst- rument für ein Branchenmonitoring entwickelt, das erstmalig die Berufs- gesundheit der Pflegenden ganz- heitlich in den Blick nimmt", sagt BGW-Hauptgeschäftsführer Jörg Schudmann. „Wir möchten damit Entscheidungsträgerinnen und Ent- scheidungsträgern eine fundierte Datenbasis liefern, um konkrete Handlungsempfehlungen entwi- ckeln zu können", ergänzt Brigitte Gross, Direktorin der DRV Bund.

Was ist der BeGX?

Unterschiedliche Einflüsse auf die Gesundheit und Arbeitssituation der Beschäftigten in der Pflege kön- nen mit dem BeGX über Jahre beob- achtet und vergleichbar gemacht werden. Im Fokus stehen vier Berei- che, die sich positiv oder negativ auswirken können:

- **Ressourcen** (z. B. Weiterbildung und Einkommenszufriedenheit)
- **Arbeitsbedingungen** (z. B. Überstunden und wechselnde Arbeitszeiten)
- **Arbeits- und Erwerbsfähigkeit** (z. B. Krankheitstage, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Risiken der Erwerbsminderung)
- **Berufsansehen/Medien-Meinungsklima** (Anerkennung und Wertschätzung in der Öffentlichkeit)

Berechnet wird der BeGX getrennt für die Bereiche **Alten-** und **Krankenpflege**. Als Ausgangspunkt gilt jeweils der Wert für das Jahr 2013. Ein Anstieg des Indexwertes steht dabei für eine Verbesserung der Berufsgesundheit. BGW und DRV Bund werden jährlich einen Bericht zum BeGX veröffentlichen, der die Entwicklungen dokumentiert.

Claudia Moll, die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, begrüßt dies sehr: „Endlich haben wir ein fortlaufendes Monitoring für Arbeitsbedingungen, Gesundheit und Image der Pflegebranche. Solche Daten können der Politik dabei helfen, zukunftsweisende Entscheidungen zum Wohle der Mitarbeitenden und damit letztlich auch der zu versorgenden Menschen zu treffen."

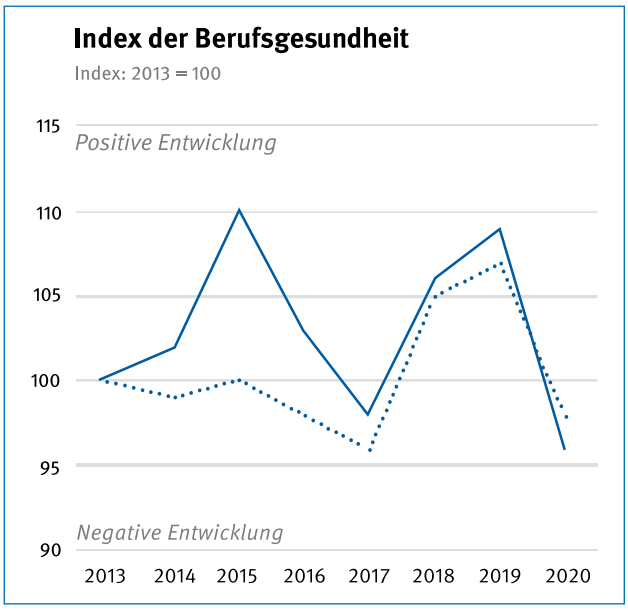
Foto: Nikolai Kues

Claudia Moll, Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung

Auf gutem Weg – und dann kam Corona

Von 2017 bis 2019 entwickelte sich der **Berufsgesundheits-Index** positiv im Vergleich zum Ausgangsjahr 2013. So zeigten sich deutliche Verbesserungen bei den **Arbeitsbedingungen** und beim Medienklima, in der Krankenpflege nahm auch der Wert für Ressourcen leicht zu. Im Jahr *2020* hat sich die *Berufsgesundheit* der Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege im Zuge der Covid-19-Pandemie *verschlechtert*. Betrachtet man die einzelnen Faktoren, zeigt sich: Nicht alles wurde schlechter – es gab auch Verbesserungen.

Am negativsten hat sich 2020 in der Alten- und Krankenpflege der Wert für **„Arbeits- und Erwerbsfähigkeit"** entwickelt. Das liegt vor allem daran, dass aufgrund der Corona-Pandemie deutlich öfter der Verdacht auf eine Berufskrankheit gemeldet wurde. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage ist zugleich aber noch kaum gestiegen. Es bleibt abzuwarten, wie sich Berufskrankheiten und Krankheitstage beim Pflegepersonal im weiteren Verlauf der Pandemie entwickeln. Schon jetzt ist klar: Die Zahl der Verdachtsmeldungen von Berufskrankheiten hat nach 2020 nochmal rasant zugenommen.



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Altenpflege	100	102	110	103	98	106	109	96
Krankenpflege	100	99	100	98	96	105	107	98

Der Index der Berufsgesundheit basiert auf Befragungen (Sozioökonomisches Panel), Meldungen (AOK: Arbeitsunfähigkeitstage, BGW: Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen), Medien-Nachrichten (Media Tenor) und Prognosen (DRV Bund: Inanspruchnahme Erwerbsminderungsrente) und wird berechnet von DIW Econ.

Im Bereich „Berufsansehen/Medien-Meinungsklima" gab es 2020 unterschiedliche Trends in den Bereichen Alten- und Krankenpflege: Besonders stark im Fokus der Öffentlichkeit stand die Krankenpflege. Medien berichteten überwiegend positiv und anerkennend über die Arbeit auf den Intensivstationen. Deutlich schlechter wurde das Medien-Meinungsklima dagegen in der Altenpflege. Besonders negativ wirkte sich die Berichterstattung über erhöhte Sterberaten durch Corona-Ausbrüche in Pflegeheimen, über Besuchssperren und verzweifelte Angehörige aus.

Einige Belastungsfaktoren für die Arbeitssituation von Beschäftigten in der Pflege haben sich 2020 positiv entwickelt: Weniger Pflegekräfte machen sich Sorgen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Auch gab es immer weniger befristete Arbeitsverhältnisse. Positiv ist zudem, dass sich die Verhandlungsposition der Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt verbessert. Diese Entwicklungen sind allerdings als Ergebnis des sich verschärfenden Fachkräftemangels in der Pflege zu bewerten. Er führt zu einer höheren Arbeitsverdichtung, die wiederum die Pflegequalität und die Zufriedenheit im Job negativ beeinträchtigt. Im Langzeittrend, also seit 2013, hat die Zufriedenheit mit dem Einkommen in der Altenpflege um 15 Prozent zugenommen, in der Krankenpflege um sechs Prozent. Die Anstrengungen aus Politik und Branche kommen offenbar bei den Beschäftigten an. Trotzdem ist das Pflegepersonal weniger zufrieden mit dem Einkommen als Beschäftigte in anderen Berufsfeldern.

Pandemie trifft auf Personalnotstand

Eines ist jetzt schon klar: Die Corona-Pandemie stellt für die Berufsgesundheit von Pflegenden eine Zäsur dar. Erste negative Auswirkungen der Pandemie auf die Situation in der Pflege konnte der BeGX bereits andeuten Es ist davon auszugehen, dass sich diese in den nächsten Jahren verstärken werden.

Tiefere Einblicke ermöglicht der **Bericht „Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz"**, den die BGW ergänzend zum BeGX veröffentlicht hat: Was sagen die Beschäftigten über die Auswirkungen von Corona? Wie haben Einrichtungsleitungen die Zeit erlebt? Befragungen von Mitgliedern der Pflegekammer Rheinland-Pfalz liefern ein Meinungsbild der Beschäftigten, qualitative Interviews

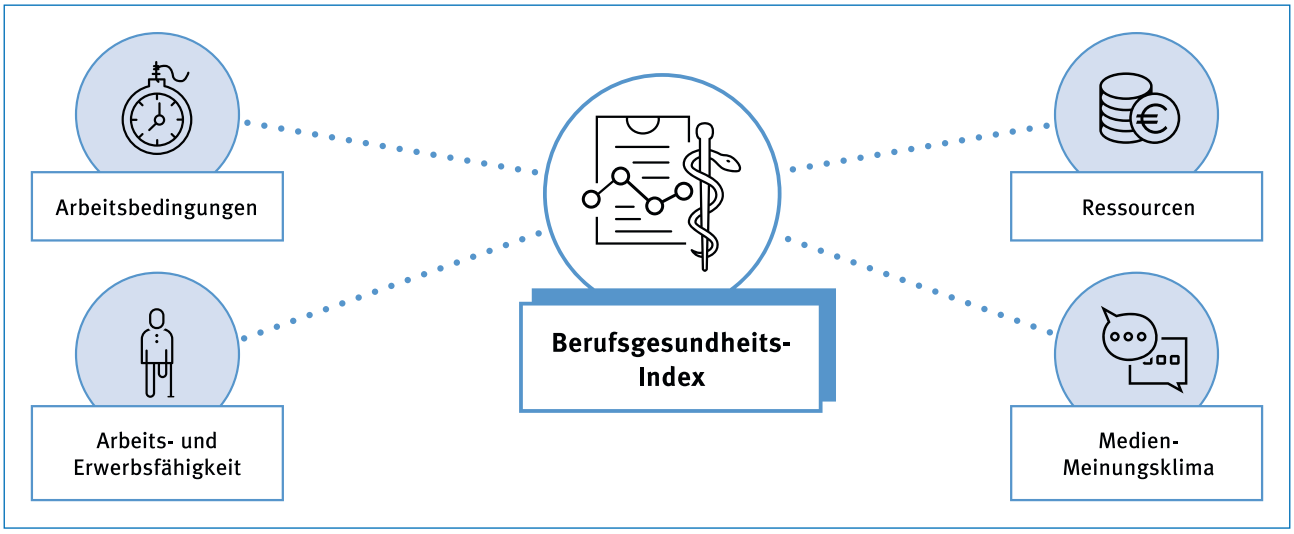


Abbildung 2: Berufsgesundheits-Index

zeigen die Erfahrungen von Führungskräften. Auch BGW-Expertinnen und -Experten für Berufsgesundheit beschreiben ihre Erfahrungen.

Das Pflegepersonal fühlt sich – so die Umfrageergebnisse – durch die Corona-Krise stärker belastet als die übrige Bevölkerung. Dies gilt besonders für Beschäftigte in Altenheimen und in der Intensivpflege. Als belastend empfanden sie die Kontaktbeschränkungen und den verstärkten Zeitdruck. Beschäftigte in der stationären Altenpflege und auf Intensivstationen erlebten vor allem in der ersten und zweiten Infektionswelle ungewohnt viele Sterbefälle. Das alles führte zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und zu dem Eindruck, nicht so gut pflegen zu können, wie man das selbst wollte. Auch die Furcht, sich selbst oder die Familie anzustecken, belastete die Pflegenden.

In Interviews bestätigten Leitungskräfte die Umfrageergebnisse unter den Beschäftigten. Darüber hinaus erlebten sie, dass sich die Corona-Pandemie und deren Folgen stark auf die Abläufe auswirkten. Viele kritisierten die Informationspolitik der öffentlichen Hand, insbesondere die kurzfristigen Aktualisierungen der Regelungen.

In Gesprächen mit BGW-Expertinnen und -Experten kommt zum Ausdruck, dass die Pandemie vorhandene Probleme, zum Beispiel Personalmangel oder Defizite bei Führung, Kultur, Kommunikation und Dienstplangestaltung, verstärkt hat. Auch auf das Miteinander von Leitung und Beschäftigten wirkte sich die Pandemie aus ihrer Sicht erheblich aus. Insgesamt habe sich eine Verschärfung der Personalknappheit ergeben – aufgrund von Faktoren, die man nicht kontrollieren konnte.

Das größte Problem: Fachkräftemangel

Die Summe der Belastungserfahrungen hat dazu geführt, dass Pflegepersonal häufiger als noch vor der Pandemie bereit ist, aus dem Beruf auszusteigen. 38 Prozent der Befragten geben dies inzwischen an, im Jahr 2019 lag der Wert noch bei 30 Prozent. Bei Beschäftigten unter 30 Jahren ist der Anteil mit knapp 44 Prozent besonders hoch.

Auch die Interviews mit Führungskräften bestätigen: Das Problem der Nachwuchssicherung ist trotz der Eingriffe der Gesundheitspolitik noch nicht gelöst. Es kristallisiert sich heraus, dass der Fachkräftemangel das drängendste Problem der Pflegebranche ist – und das wird durch Corona noch verschärft. Fachkräftemangel ist und bleibt zugleich das Kernhindernis für gesundes Arbeiten in der Pflege.

Fachkräftemangel ist und bleibt zugleich das Kernhindernis für gesundes Arbeiten in der Pflege.

Broschüre „Pandemie trifft auf Fachkräftemangel“

Beide Berichte zum Download::

- *Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz - Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege • BeGX - Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege: Branchenmonitoring der BGW und DRV Bund - 2022*

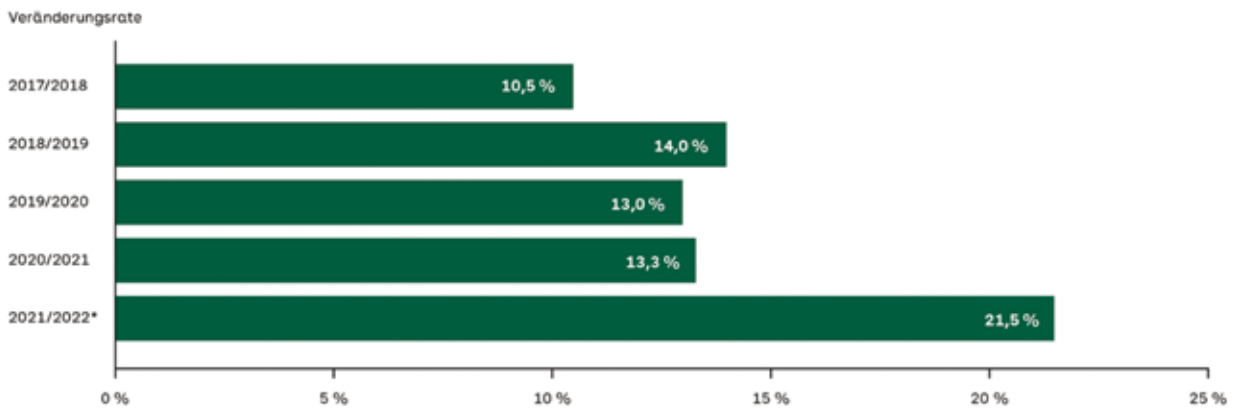
www.bgw-online.de/begx

Autorin:
Mareike Berger, BGW

AOK-Analyse:

Kosten der Pflege im Heim sind im Vergleich zum Vorjahr um durchschnittlich 21 Prozent gestiegen

Anstieg der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) ohne Berücksichtigung der nach Wohndauer gestaffelten Leistungszuschläge jeweils zum Stichtag 1. Oktober bzw. 15. November (*)



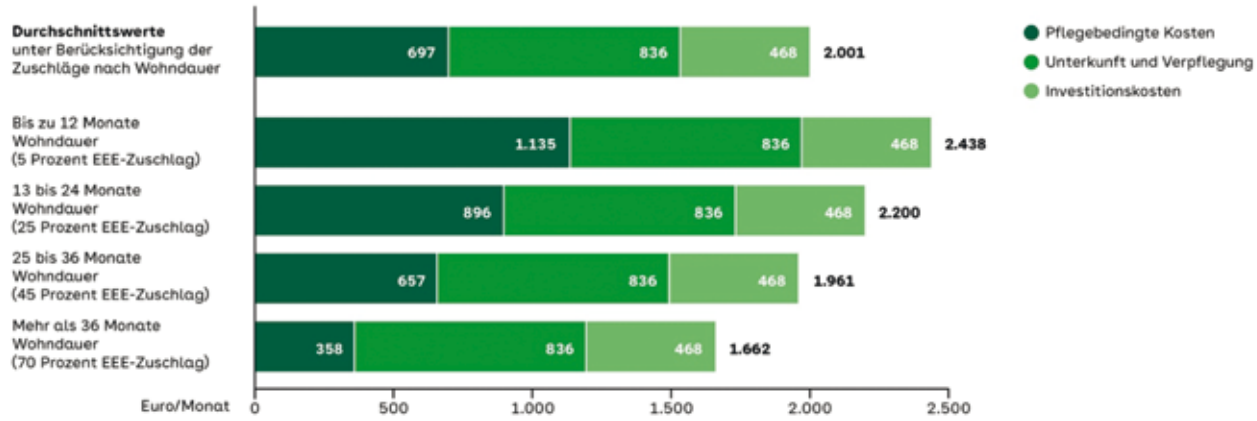
Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege sind im Zuge der seit dem 1. September 2022 bestehenden Verpflichtung zur Bezahlung des Pflegepersonals auf Tarifniveau deutlicher gestiegen als in den Vorjahren.

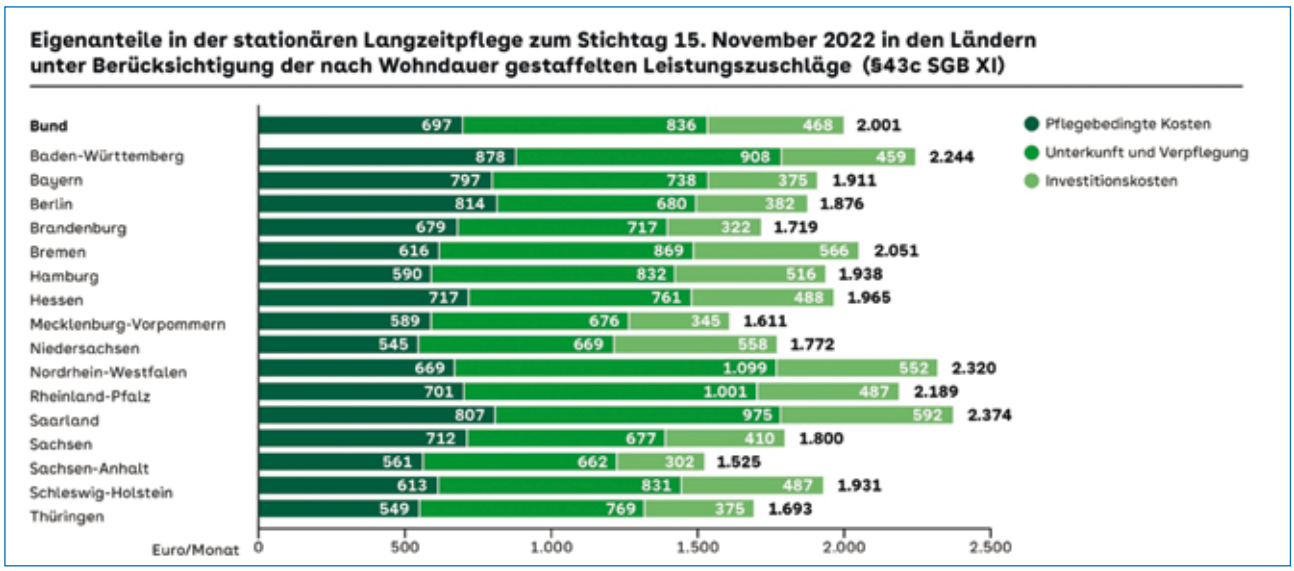
Das zeigt eine erste Auswertung der „Echtdaten" aus dem Pflegenavigator der AOK. Laut der Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) liegen die sogenannten einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) Mitte November 2022 um durchschnittlich 21 Prozent höher als rund ein Jahr zuvor. Der seit mehreren Jahren zu beobachtende Kostenanstieg in der stationären Pflege – bereits in den letzten fünf Jahren waren beim EEE jährlich Erhöhungen zwischen 11 und 14 Prozent zu verzeichnen – spitzt sich damit nochmals zu (Abbildung 1).

Im Durchschnitt liegen die monatlichen pflegebedingten Kosten laut der Auswertung aktuell bei 697 Euro. Darüber hinaus haben die Pflegedürftigen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von durchschnittlich 836 Euro sowie die Investitionskosten von durchschnittlich 468 Euro zu tragen. Sie müssen somit in der Summe durchschnittlich 2.001 Euro monatlich finanzieren (Abbildung 2).

Eine Entlastung von den pflegebedingten Kosten gibt es durch die Anfang 2022 eingeführten Leistungszuschläge, deren Höhe sich danach richtet, wie lange ein

Eigenanteile in der stationären Langzeitpflege zum Stichtag 15. November 2022 unter Berücksichtigung der nach Wohndauer gestaffelten Leistungszuschläge (§43c SGB XI)





Pflegebedürftiger in einer vollstationären Einrichtung wohnt. Bewohnerinnen und Bewohner, die bis zu einem Jahr in der Einrichtung leben, zahlen dadurch nach Erhalt der Zuschläge durchschnittlich 1.135 Euro selbst, Pflegebedürftige mit einem Wohnaufenthalt von einem bis zu zwei Jahren 896 Euro, bei zwei bis drei Jahren sind es 657 Euro. Ab einem Aufenthalt von mehr als drei Jahren fallen dann nur noch 358 Euro an (Abbildung 2).

Große regionale Unterschiede bei Pflegekosten

Ein Blick auf die Detailergebnisse der einzelnen Bundesländer macht deutlich, dass es bei den selbst zu tragenden Pflegekosten von Bewohnerinnen und Bewohnern große regionale Unterschiede gibt. Die Spanne der pflegebedingten Kosten (nach Abzug der Leistungszuschläge) reicht laut der aktuellen WIdO-Analyse von 545 Euro pro Monat in Niedersachsen bis zu 878 Euro monatlich im Baden-Württemberg (Abbildung 3).

Kosten für Bezahlung auf Tarifniveau an Pflegebedürftige weitergereicht

Seit 1. September 2022 sind die Pflegeeinrichtungen in Deutschland verpflichtet, ihre Beschäftigten in Pflege oder Betreuung mindestens auf Tarifniveau zu bezahlen. „Aufgrund der Konstruktion der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem werden etwa 60 Prozent der zusätzlichen Kosten infolge der höheren Löhne an die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen weitergereicht, den Rest trägt die finanziell ohnehin angeschlagene Soziale Pflegeversicherung über die neu eingeführten Zuschläge", kommentiert Dr. **Carola Reimann**, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, die Ergebnisse. Trotz der Anfang des Jahres eingeführten Leistungszuschlags-Regelungen haben die von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst zu tragenden Pflegekosten nach der Analyse des WIdO schon jetzt wieder das Niveau von Ende 2018 erreicht. „Die Politik ist gefordert, hier wirksam gegenzusteuern. Eine Entlastung kann erreicht werden, indem die Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen herausgenommen werden. Diese Maßnahme ist im Koalitionsvertrag vereinbart und sollte zeitnah umgesetzt werden", so Reimann. Vor allem aber müsse die von der Ampel geplante finanzielle Übernahme der medizinischen Behandlungspflege durch die gesetzliche Krankenversicherung jetzt schnell umgesetzt werden – und zwar so, dass damit auch die steigenden Eigenanteile reduziert werden. Darüber hinaus fordert die AOK, dass die Investitionskosten der Einrichtungen, die zurzeit den Pflegebedürftigen aufgebürdet werden, als Teil der Daseinsvorsorge vollständig von den Ländern übernommen werden. „Zudem sollten die Pflegeleistungen jährlich dynamisiert werden. Damit könnten die steigenden Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen ebenfalls verringert werden", so Reimann. Ansonsten reichten die nach Aufenthaltsdauer gestaffelten Zuschläge nicht aus, um die Pflegebedürftigen mittel- und langfristig wirksam zu entlasten.

Kostendynamik in der Pflege wird sich weiter verschärfen

Das Problem werde sich in den nächsten Wochen und Monaten voraussichtlich noch verschärfen. Der sprunghafte Anstieg des Pflegemindestlohnes zum 1. September 2022, aber auch die allgemeine Preisentwicklung in Deutschland werde die Tariflöhne steigen lassen. „Diese Entwicklungen werden sich auch in höheren Preisen für die professionelle Pflege niederschlagen", befürchtet Reimann. „Die Ausweitung der Wohngeld-Ansprüche für Bewohner in Einrichtungen ist ein Schritt in die richtige Richtung, reicht aber nicht aus, um die Pflegebedürftigen nachhaltig zu entlasten." Auch bei den Pflegediensten werde es zu weiteren Kostensteigerungen

kommen, warnt Reimann: „Das wird in der ambulanten Pflege ebenfalls zu höheren Zuzahlungen oder zu Leistungseinschränkungen führen."

Reimann: Pflegeversicherung grundsätzlich und dauerhaft stabilisieren

Die Soziale Pflegeversicherung trägt über die Anfang 2022 eingeführten Zuschläge für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen einen Teil der zusätzlichen Belastungen, die durch die steigenden Preise entstehen. Um diese wachsenden Belastungen meistern zu können, sei eine grundsätzliche und dauerhafte finanzielle Stabilisierung der angeschlagenen Pflegeversicherung notwendig, fordert die AOK-Vorständin: „Trotz des jüngsten Bundeszuschusses aus Steuermitteln erwarten wir am Jahresende ein Defizit von etwa 1,5 Milliarden Euro. Kurzfristige Darlehen aus Bundesmitteln, mit denen die Löcher gerade notdürftig gestopft werden, sind keine dauerhafte Lösung, denn Einnahmen und Ausgaben gehen immer weiter auseinander", so Carola Reimann. Eine dringend notwendige Maßnahme zur Entlastung der Pflegeversicherung sei die Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen durch den Bund.

Quelle:
AOK, Pressemeldung 16. November 2022

KOMPETENZ IN SACHEN SAUERSTOFF

Auch in Ihrer Nähe immer gut O_2 versorgt.

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

www.gti-medicare.de

Was haben Magenbeschwerden mit Bakterien zu tun?

Helicobacter-Infektion

Foto: AdobeStock / doroguzenda

Ein bisschen Übelkeit oder ein Drücken in der Magengegend verspürt jeder mal. Dauern diese Beschwerden an, kann sich dahinter das Bakterium Helicobacter pylori verbergen (kurz: H. pylori). Es sieht aus wie ein kleines Stäbchen. Die Bakterien überleben trotz der Magensäure und reizen den Magen. Dadurch kann sich die Schleimhaut dauerhaft entzünden. Es entsteht eine chronische Gastritis. Als Folgeerkrankung können zum Beispiel Magen-Darm-Geschwüre auftreten.

Häufigkeit und Ansteckungsweg

H. pylori ist weltweit verbreitet. Fachleute gehen davon aus, dass etwa die Hälfte der Menschheit das Bakterium in sich trägt. In Europa ist etwa jede dritte Person infiziert. Der Krankheitserreger wird von Mensch zu Mensch übertragen. Wie er weitergegeben wird – ob durch Speichel, Erbrochenes oder Stuhl – ist bislang noch unklar. Meist wird die Infektion im Kindesalter durch engen Kontakt innerhalb der Familie erworben. Im Erwachsenenalter ist die Ansteckungsgefahr gering.

Anzeichen und Folgen

Eine H. pylori-Besiedlung des Magens kann dazu führen, dass sich die Magenschleimhaut entzündet. Der Fachbegriff dafür ist H. pylori-Gastritis. Völlegefühl, Schmerzen im Oberbauch oder Übelkeit können Anzeichen hierfür sein. Als weitere Beschwerden sind Aufstoßen, Appetitlosigkeit und Mundgeruch möglich. Häufig haben Betroffene mit H. pylori-Gastritis jedoch gar keine Beschwerden.

Bei etwa 1 bis 2 von 10 Menschen, die das Bakterium im Magen haben, entwickelt sich ein Geschwür des Magens oder Zwölffingerdarms. Es kann zu Blutungen kommen, im schlimmsten Fall zu einem Magen- oder Darmdurchbruch. Sehr selten kann auch Magenkrebs oder ein bösartiges Lymphom eine Folge sein.

Untersuchungen

Es gibt mehrere Möglichkeiten, H. pylori-Bakterien nachzuweisen. Die Verfahren unterscheiden sich kaum in ihrer Genauigkeit, ihr Aufwand und ihre Risiken sind allerdings unterschiedlich. Welche Nachweismethode für Sie am besten geeignet ist, sollte Ihre Ärztin oder Ihr Arzt mit Ihnen gemeinsam überlegen.

Oft weist man H. pylori mithilfe einer Magenspiegelung nach: Hierbei wird ein biegsamer Schlauch über die Speiseröhre in den Magen vorgeschoben (siehe Abbildung). Das Ärzteteam entnimmt mit einer Zange mehrere Proben aus der Schleimhaut, die unter dem Mikroskop untersucht werden.

So lässt sich feststellen, wie stark das Gewebe entzündet oder verändert ist. Bei etwa 1 von 1 000 Untersuchten kann es durch die Spiegelung zu Komplikationen kommen, wie etwa Herz-Kreislauf-Beschwerden oder Blutungen. Der Nachweis von H. pylori gelingt auch aus der Atemluft oder im Stuhl mithilfe spezieller Methoden. Diese beiden Untersuchungen sind risikolos.

Wann ist eine Behandlung nötig?

H. pylori gilt heute als Infektionskrankheit – unabhängig davon, ob Beschwerden oder Folgeerkrankungen bestehen oder nicht. Deshalb soll Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen bei Nachweis des Erregers immer eine Behandlung anbieten. Für Kinder gelten zum Teil andere Empfehlungen. Als Behandlung kommen Medikamente zum Einsatz. Lassen Sie sich von Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin die Vorteile und Nachteile erläutern.

Ziel einer Erreger-Entfernung ist es einerseits, bestehende Krankheiten zu heilen, etwa eine Magenschleimhaut-Entzündung. Andererseits geht es aber auch darum, Folgeerkrankungen vorzubeugen, zum Beispiel Geschwüren oder Krebserkrankungen.

Auf einen Blick

- Eine Infektion mit dem Bakterium H. pylori ist eine Erkrankung des Magens. Sie ist die häufigste
- Ursache für eine dauerhaft entzündete Magenschleimhaut. Häufige Folgen einer H. pylori-Gastritis sind Magen- und Darmgeschwüre.
- Es gibt verschiedene Untersuchungen, um H. pylori nachzuweisen: Magenspiegelung mit Gewebeproben, Test vom Stuhlgang und Atemtest.
- Fachleute empfehlen als Erstes eine Vierfach-Behandlung Behandlung: Säureblocker plus zwei Antibiotika plus Bismut.

Welche Behandlung empfehlen die Fachleute?

H. pylori lässt sich wirksam mit Medikamenten behandeln. Die Behandlung der ersten Wahl besteht aus vier Medikamenten: einem sogenannten Säureblocker, dem Mineral Bismut und zwei Antibiotika: ein Tetrazyklin und Metronidazol. Diese Medikamente nehmen Sie für mindestens 10 Tage ein. Jedes Medikament hat seine eigene Aufgabe:

- Antibiotika und Bismut wirken gegen die Bakterien.
- Der Säureblocker hemmt die Bildung von Säure im Magen. Das ist wichtig, damit die Antibiotika richtig wirken können.

Einige Wochen nach Behandlungsende soll Ihre Ärztin oder Ihr Arzt kontrollieren, ob die Behandlung erfolgreich war. Dafür muss die letzte Antibiotika-Einnahme mindestens 4 Wochen und die letzte Einnahme vom Säureblocker mindestens 2 Wochen her sein. Als Untersuchung reicht hier oft ein Atem- oder Stuhltest aus.

Bei mehr als 80 von 100 Behandelten lässt sich dann kein H. pylori mehr nachweisen. Findet sich das Bakterium noch, hat die Behandlung nicht ausreichend geholfen. Es kann sein, dass die H. pylori-Bakterien unempfindlich – resistent – gegen die eingenommenen Antibiotika sind. Deshalb sollte Ihr Ärzteteam Ihnen nun einen Test auf mögliche Resistenzen anbieten. Im Anschluss wird die Behandlung dann entsprechend angepasst. Hier empfehlen Ihnen die Fachleute eine Dreifach- oder Vierfach-Behandlung über 14 Tage.

Die Medikamente gegen H. pylori können Nebenwirkungen haben. Sie verursachen bei 10 bis 25 von 100 Behandelten vorübergehende Magen-Darm-Beschwerden wie Übelkeit oder Durchfall. Deshalb soll Ihre Ärztin oder Ihr Arzt mit Ihnen Nutzen und Schaden einer Behandlung sorgfältig gegeneinander abwägen.

Was Sie selbst tun können

- Nehmen Sie die Medikamente wie ärztlich verordnet ein. Es ist wichtig, sie in regelmäßigen Abständen, ausreichender Dosis, ohne Unterbrechung und lange genug einzunehmen. Auch wenn Sie sich bereits besser fühlen, ist es entscheidend, die Behandlung wie geplant fortzuführen und die Medikamente nicht vorzeitig abzusetzen.
- Lassen Sie sich einen Medikationsplan mitgeben, in dem vermerkt ist, wie Ihre Medikamente einzunehmen sind. Dies hilft Ihnen, einen besseren Überblick über die vielen Arzneimittel zu behalten.
- Falls Sie rauchen, sollten Sie damit aufhören. Hierdurch kann sich der Behandlungserfolg verbessern.
- H. pylori-Bakterien gelten als hauptsächliche Auslöser für Magengeschwüre und Magenkrebs. Bisher weiß man nicht genau, warum das so ist. Als mögliche Vorsorge kann Ihnen Ihr Arzt oder Ihre Ärztin ab einem Alter von 50 Jahren einen Test auf H. pylori anbieten, zum Beispiel gemeinsam mit der Darmkrebsvorsorge.
- Nicht nur H. pylori-Bakterien, sondern auch bestimmte Schmerzmittel wie ASS, Diclofenac und Ibuprofen können für Magenbeschwerden verantwortlich sein. Teilen Sie Ihrem Ärzteteam alle Medikamente mit, die Sie einnehmen – auch alle selbst gekauften Mittel.
- Es tut Ihrer Magenschleimhaut auch gut, wenn Sie nicht zu heiße Speisen essen und Kaffee sowie Alkohol nur in Maßen trinken. Vermeiden Sie Stress so gut wie möglich, weil er die Bildung von Magensäure anregt.

Quelle:
*Pressemitteilung vom 17. November 2022 des **Ä**rztlichen **Z**entrums für **Q**ualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin*

Auch hierzulande ein aktuelles Thema:

Tuberkulose

Foto: AdobeStock / Kateryna_Kon

Die Tuberkulose ist eine der häufigsten Infektionskrankheiten. Weltweit erkranken geschätzt jedes Jahr über 10 Millionen Menschen neu, etwa 1,5 Millionen Menschen sterben jährlich daran. Viele kennen Tuberkulose hauptsächlich aus historischen Werken und denken dabei an Sanatorien in den Bergen. In Deutschland ist die Krankheit dank guter Versorgung selten geworden. Aber auch hier sind aktuell jährlich fast 4 000 Menschen betroffen.

Die Erkrankung

Tuberkulose ist eine ansteckende Krankheit, die durch Bakterien verursacht wird. Die Abkürzung ist TB oder Tbc. Die Bakterien befallen überwiegend die Lunge. Eine betroffene Person gibt *über die Atemluft* – vor allem beim Sprechen, Singen oder Husten – keimhaltige Tröpfchen ab, die Andere mit der Luft einatmen können. Doch nicht jeder Mensch, der mit den Bakterien in Kontakt kommt, wird krank. Die körpereigene Abwehr bekämpft die Erreger und macht sie häufig unschädlich. Manchmal verbleiben die Bakterien über Jahre schlummernd im Körper. Bei geschwächter Abwehr können sich die Bakterien im Körper ausbreiten. Neben der Lunge können unter anderem Lymphknoten, Knochen, Harnwege oder Hirnhäute betroffen sein.

Wer erkrankt?

Bei etwa jedem Zehnten bricht die Krankheit aus und muss behandelt werden. Betroffen sind vor allem enge Kontaktpersonen von Patientinnen und Patienten mit einer ansteckenden Tuberkulose und Menschen mit geschwächten Abwehrkräften, das sind vor allem:

- Menschen, die mit einer HIV-Infektion leben
- Säuglinge, Kleinkinder sowie ältere Menschen
- Menschen, die dauerhaft Medikamente nehmen, die das körpereigene Abwehrsystem unterdrücken
- Menschen, die drogen- oder alkoholabhängig sind
- Inhaftierte

Anzeichen und Beschwerden

Tuberkulose kann ausbrechen, ohne dass Betroffene es merken. Sie beginnt oft schleichend, die Beschwerden sind häufig nicht eindeutig:

- Husten oder Hüsteln mit oder ohne Auswurf
- ungewollte Gewichtsabnahme
- Müdigkeit
- leichtes Fieber
- Nachtschweiß Tuberkulose

Die Beschwerden halten über Wochen an. Unbehandelt verschlechtern sie sich meist. Früher bezeichnete man die Erkrankung aufgrund des Gewichtsverlusts auch als „Schwindsucht".

Untersuchungen

Wenn Sie Beschwerden haben, befragt Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie ausführlich zu möglichen Vorerkrankungen, Medikamenten, Alkohol, Drogen und Kontakt zu Tuberkulose-Erkrankten. Anschließend werden Sie körperlich untersucht. Bei einem länger andauernden Husten empfehlen Fachleute, eine Röntgenaufnahme der Lunge vornehmen zu lassen, um die Ursache des Hustens abzuklären.

Besteht der Verdacht auf eine Tuberkulose, empfiehlt Ihnen das Ärzteteam in erster Linie folgende Untersuchungen:

- den Nachweis der Krankheitserreger im Labor, zum Beispiel in Auswurf, Körperflüssigkeiten oder Körpergewebe
- ein Röntgenbild der Lunge oder je nach betroffenem Organ ein anderes bildgebendes Verfahren, zum Beispiel CT, MRT oder Ultraschall
- eine Blutuntersuchung

Zudem empfehlen Fachleute, jedem Tuberkulose-Erkrankten eine Beratung und einen HIV-Test anzubieten. Ist der Test positiv, wird die HIV-Infektion mitbehandelt.

Auf einen Blick

- Tuberkulose wird durch Bakterien hervorgerufen. Meist befallen sie die Lunge.
- Oft bekämpft die körpereigene Abwehr die Erreger. Ist sie geschwächt, kann die Krankheit ausbrechen.
- Anzeichen können Husten, ungewollte Gewichtsabnahme, Müdigkeit, leichtes Fieber oder Nachtschweiß sein.
- Als Untersuchungen empfehlen Fachleute unter anderem ein Röntgenbild der Lunge sowie den Nachweis der Erreger.
- Tuberkulose lässt sich meist gut mit Antibiotika behandeln. Die Behandlung dauert mindestens 6 Monate.

Meldepflicht

Ärztinnen und Ärzte sind gesetzlich verpflichtet, eine behandlungsbedürftige Tuberkulose dem Gesundheitsamt zu melden. Dieses veranlasst bei ansteckender Tuberkulose Untersuchungen bei engen Kontaktpersonen des erkrankten Menschen. Das nennt man Umgebungsuntersuchung. So können Personen, die sich angesteckt haben, frühzeitig eine vorbeugende Behandlung erhalten. Ziel ist es zu verhindern, dass die Krankheit ausbricht und sich weiterverbreitet.

Behandlung

Tuberkulose kann man meist gut behandeln. Ohne Behandlung kann die Erkrankung in über der Hälfte der Fälle tödlich verlaufen. Bei Resistenzen gegenüber Medikamenten (siehe unten) ist die Behandlung schwieriger, aber eine Heilung ist ebenfalls möglich.

Die übliche Behandlung dauert mindestens 6 Monate. Betroffene erhalten Medikamente, die die Bakterien abtöten, sogenannte Antibiotika. In den ersten 2 Monaten nehmen Sie vier Wirkstoffe, in den folgenden 4 Monaten zwei. Als Wirkstoffe der ersten Wahl kommen zum Einsatz: Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid und Ethambutol. Die Fachleute empfehlen Ihnen, diese Medikamente jeden Morgen gleichzeitig einzunehmen, bevor Sie etwas gegessen oder getrunken haben – möglichst 30 Minuten vor dem Frühstück. Falls Sie die Antibiotika schlecht vertragen, können Sie sie auch nach einem leichten, fettarmen Frühstück einnehmen. Dann sind sie mitunter besser verträglich.

Behandlungsproblem: Resistenzen

Ein Problem ist, dass die Bakterien zunehmend unempfindlich – resistent – gegen die wichtigsten Medikamente werden.

Eine multiresistente Tuberkulose (Resistenz gegen Rifampicin und Isoniazid) ist schwerer zu behandeln und oft länger ansteckend. Die Behandlung dauert mindestens 18 Monate und sollte nur in Tuberkulose-Behandlungszentren erfolgen.

Was Sie selbst tun können

Allgemeine Hinweise:

- Sie können sich vor Ansteckung schützen, indem Sie von hustenden Personen einen gewissen Abstand wahren. Halten Sie auch allgemeine Regeln für Hygiene ein, wie regelmäßiges Händewaschen.
- Gehen Sie mit länger anhaltendem Husten unklarer Ursache zur Ärztin oder zum Arzt.
- Eine Impfung gegen Tuberkulose wird in Deutschland nicht mehr empfohlen.

Wenn Sie an Tuberkulose erkrankt sind:

- Anfangs sind Sie trotz der Einnahme Ihrer Medikamente noch ansteckend. Daher isoliert man Sie zu Hause oder in einer Klinik. *Wichtig* ist, dass Sie einen *Mundschutz* tragen, damit sich die Bakterien nicht verbreiten. Erst wenn Sie nicht mehr ansteckend sind, können Sie wieder Ihrem Alltag nachgehen und andere Leute treffen.
- Nehmen Sie Ihre Medikamente wie ärztlich verordnet ein – auch wenn es Ihnen schon viel besser geht. Sonst kann es zu einem Rückfall kommen. Das bedeutet nicht nur eine verlängerte Krankheitszeit, sondern erschwert auch die weitere Behandlung.
- Rauchen ist vor allem bei Lungentuberkulose schädlich. Wenn möglich, verzichten Sie auf das Rauchen.
- Nehmen Sie Ihre Kontrolluntersuchungen wahr. So kann man Nebenwirkungen oder einen Rückfall frühzeitig erkennen.
- Wenn Sie das Antibiotikum Ethambutol einnehmen, kann es zu Sehstörungen kommen, zum Beispiel gestörtes Farbensehen von Rot und Grün, Lichtblitze oder dunkle Flecken. Falls Sie während der Behandlung schlechter sehen, muss das Medikament abgesetzt werden. Daher sind alle 4 Wochen augenärztliche Kontrollen ratsam.

Quelle:
*Pressemitteilung vom 17. November 2022 des **Ä**rztlichen **Z**entrums für **Q**ualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin*

Wie das Gehirn im Alter fit bleibt:

„Die sozial Aktiven sind länger kognitiv gesund“

Foto: AdobeStock / lightpoet

In einer immer älter werdenden Gesellschaft ist die Frage, wie wir gesund und vital bis ins hohe Lebensalter bleiben, von zentraler Bedeutung. Gesundes Altern, das heißt tatsächlich bis ins hohe Alter den üblichen gesundheitlichen Alterseinschränkungen wie beispielsweise einer Abnahme kognitiver Fähigkeiten zu entgehen, gelingt in der Regel nur einem kleineren Teil alternder Menschen. Folglich hat sich die Forschung bislang weitgehend auf häufige Alterserscheinungen wie Gebrechlichkeit und typische Alterserkrankungen wie zum Beispiel die Alzheimer-Krankheit konzentriert.

Die Frage, welche biologischen Mechanismen gesund alternde Menschen schützen, wird erst seit wenigen Jahren intensiv erforscht. Diese Mechanismen zu verstehen, ist ein wesentliches Ziel des *Leibniz-Instituts für Resilienzforschung (LIR)*, aber auch der Universitätsmedizin der *Johannes Gutenberg-Universität* in Mainz, an denen Professor Dr. Oliver Tüscher tätig ist. Im Kurzinterview gibt Tüscher erste Einblicke in seine interdisziplinäre Forschungsarbeit am Übergang von psychologischer zur neurobiologischen Forschung.

Herr Tüscher, warum ist es in Ihren Augen so wichtig, sich – neben der Behandlung von Krankheiten – mit der Resilienz (d. h. Widerstandsfähigkeit) bei älteren Menschen auseinanderzusetzen?

In der Psychiatrie, aber auch in der Alternswissenschaft wurde, was das Gehirn betrifft, in den letzten dreißig Jahren kein neues Arzneimittel entwickelt, das eine bedeutende Verbesserung von Krankheiten in diesen Bereichen erzielt. Deswegen gab es einen Paradigmenwechsel: Wenn wir bei der Krankheitsbekämpfung nicht so gut weiterkommen wie erhofft, dann kommen wir vielleicht weiter, wenn wir die Schutzmechanismen des Gehirns besser verstehen. Auf diesem Wechsel des Ansatzes gründet die Forschung in unserem Institut.

Warum gelingt es nur so wenigen alternden Menschen, dem körperlichen und geistigen Abbau besser entgegenzutreten – also resilient zu sein? Welche Faktoren spielen dabei eine Rolle?

Es gibt ein sehr komplexes Zusammenspiel von Faktoren, die dazu führen, dass die Mehrzahl der Menschen im Alter Funktionsverluste erleiden. In unserer Forschung wollten wir herausfinden: Was sind Schutzsysteme, die diese Funktionsverluste vermeiden oder verlangsamen? Dafür analysieren wir ältere Menschen, die im Gegensatz zur großen Mehrheit kognitiv gesund bleiben. Ein paar Faktoren für deren Resilienz haben wir bereits auf der Ebene des Gehirns identifiziert. Wir sehen zum Beispiel, dass die Gehirne von kognitiv gesunden, resilienten älteren Menschen besser intern vernetzt sind als die Gehirne von älteren Menschen mit Funktionsverlusten. Derzeit untersuchen wir den Ansatz, dass resiliente Seniorinnen und Senioren auch in einer größeren Intensität beide Gehirnhälften benutzen.

Welchen Anteil hat die Genetik – und welche Rolle spielen Lebensbedingungen bei Resilienz im Alter?

Wir wissen aus der Langlebigkeitsforschung, dass es eine genetisch bedingte Altersgrenze gibt. Das bestimmt aber nicht notwendigerweise, ob wir gesund altern, denn dabei spielen auch andere Faktoren eine Rolle. Was die Resilienz im Alter betrifft, kann man vorsichtig und nur sehr vorläufig sagen, dass nur ungefähr *zehn Prozent genetisch bestimmt* sind und gut *90 Prozent durch die persönlichen* Lebenserfahrungen und *Lebensweise* sowie das *soziale Umfeld*.

Können Sie in Ihrer Forschung auch bestimmte allgemeine Entwicklungen erkennen, beispielsweise dass die Resilienz insgesamt zunimmt?

Die wahrscheinliche Ursache, warum wir immer älter werden, ist, dass wir immer *gesünder leben* und *Therapien früher in Anspruch* nehmen. Es sterben zum Beispiel weniger Menschen an Infektionskrankheiten oder an kardiovaskulären Krankheiten. Allein in den letzten 15 Jahren, das zeigt die Gutenberg-Gesundheitsstudie seit 2007, können wir diesen Trend zu mehr Gesundheit in der Bevölkerung allgemein erkennen. Was die Resilienz von älteren Menschen angeht, gibt es sehr interessante Entwicklungen in der Corona-Pandemie: Die COSMO-Studie zum Beispiel zeigt, dass die Resilienz bei Älteren in dieser Zeit angestiegen, während sie bei Jüngeren zurückgegangen ist. Das ist schon sehr erstaunlich, zählen doch gerade ältere Menschen zur Risikogruppe. Vermutlich hat das mit *Stressregulation* zu tun: Je älter ein Mensch ist, desto besser weiß er mit Krisen umzugehen. Diese Hypothese gilt es aber noch zu überprüfen.

Was könnten Ihre Erkenntnisse für die Pflegepraxis bringen – welche Anreize könnten diese geben?

Drei Faktoren können wertvolle Anregungen für die Pflegepraxis geben. Erstens haben wir gesehen, dass ältere Menschen, die *körperlich hochaktiv* sind, bei kognitiven Tests besser abschneiden. Ihre physische Aktivität fördert die Verschaltung zwischen den verschiedenen Hirnbereichen und auch über die Gehirnhälften hinweg. Das zeigt, wie wichtig es vor allem auch für die Gehirngesundheit ist, *sich regelmäßig zu bewegen* – je mehr desto besser. Kürzlich hat eine Studie zudem erstmals auch biologisch nachgewiesen, dass *mediterrane Diät* die Gehirngesundheit und kognitive Fähigkeiten positiv beeinflusst. Das, was man vorher also immer wieder epidemiologisch gesehen hat, kann man jetzt auch mechanistisch eindeutig zeigen. Ein dritter wichtiger Faktor, den wir identifizieren können, ist die *soziale Interaktion*: Die sozial Aktiven sind länger kognitiv gesund. Dabei fordert soziale Interaktion die Menschen ganzheitlicher als zum Beispiel rein kognitive Aufgaben – zum Beispiel werden auch Emotionen und die Aufmerksamkeitssteuerung angeregt.

Quelle:
Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) vom 12.09.2022.

Professor Dr. Oliver Tüscher ist Stellvertretender Direktor und Leitender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz mit Leitung des klinischen Schwerpunkts Geronto- und Neuropsychiatrie.

Die Blutgasanalyse in der außerklinischen Versorgungssituation

Foto: AdobeStock / M. Siegmund

Die Blutgasanalyse stellt einen wichtigen Pfeiler zur Einschätzung der Beatmungstherapie und der kardiopulmonalen Funktion des Organismus dar.

Der arterielle Sauerstoffpartialdruck (paO_2) liefert eine Aussage über die Sauerstoffanreicherung (Oxygenierung) des Blutes, der arterielle Kohlendioxidpartialdruck ($paCO_2$) über die Fähigkeit der Atempumpe das Stoffwechselprodukt Kohlenstoffdioxid (CO_2) aus dem Körper abzuatmen.

Bereits an dieser Stelle wird klar, dass alleine die Analyse der Blutgase kein gutes Abbild der Gesamtsituation des Patienten liefern kann. Aus diesem Grund werden die Blutgase grundsätzlich im Zusammenhang mit dem Säure-Basen-Haushalt bewertet. Hier liefern der pH-Wert, der Bikarbonatspiegel (HCO3-) und die Basenabweichung (BE) wichtige Informationen akute Situationen gegenüber chronischen abzugrenzen. Eingebettet in eine aufmerksame klinische Überwachung und eine gezielt ausgesuchte apparative Diagnostik kann mit der Bewertung einer Blutgasanalyse und des Säure-Basen-Status eine sehr *zuverlässige Einschätzung des Gesundheitszustands* eines Patienten erfolgen.

Standard in Kliniken – Ausnahme außerklinisch

Während die Analyse der Blutgase und des Säure-Basen-Status *auf Intensivstationen seit Jahrzehnten* zu einem bettseitigen *Standardverfahren* gehört, kommt dem Verfahren in der außerklinischen Intensivpflege erst in den letzten Jahren ein zunehmender Stellenwert zu. Der in diesem Versorgungsbereich grundsätzlich hohen Bedeutung stehen verschiedene Begrenzungen entgegen, die sich neben der breiten Verfügbarkeit der Analysegeräte vor allem auf die individuellen Voraussetzungen der bewertenden Pflegekraft beziehungsweise des Arztes beziehen. Hinzu kommt die oft isolierte Betrachtung der Blutgasanalyse ohne eine weitere umfassende Berücksichtigung des Gesamtzustandes Die folgende Darstellung stellt die wichtigsten fachlichen Zusammenhänge in den Mittelpunkt, die bei der Auswertung beachtet werden müssen.

pH	7,43	**Beatmungseinstellungen:**
$paCO_2$	21 mmHg (= 2,8 kPa)	PCV
paO_2	78 mmHg (= 10,4 kPa)	P-insp = 23 mbar / PEEP = 2 mbar
HCO_3^-	14 mmol/l	Rampe: flach
BE	- 8 mmol/l	
Na^+	140 mmol/l	f = 14/min / I:E = 1:1
K^+	4,2 mmol/l	
Cl^-	103 mmol/l	V_T = 630 ml
BZ	5,6 mmol/l (= 102 mg/dl)	

Laboranalyse Fallbeispiel

Arterieller Sauerstoffpartialdruck (paO_2):

Es herrscht bisweilen eine gewisse Unklarheit über die Höhe des Normwerts und auch über die Aussage des arteriellen Sauerstoffpartialdrucks. In den letzten Jahrzehnten wurden mehrere Formeln zur Berechnung publiziert, die allesamt eine Altersabhängigkeit zeigen. Neben dieser Übereinstimmung waren sie allerdings zum Teil sehr kompliziert. Die höchste Praktikabilität zeigt die folgende Formel: paO2 = 100 mmHg – 1⁄2 des Lebensalters. Dividiert man das Ergebnis durch 7,5 erhält man den Wert in der Einheit kPa. Der arterielle Sauerstoffpartialdruck sollte immer im Zusammenhang zur Sauerstoffsättigung und dem Hämoglobinwert bewertet werden. Isoliert betrachtet, bildet er nur einen kleinen Anteil des Sauerstoffs im Blut ab – den gelösten. Ungeachtet der Tatsache, dass in außerklinischen Versorgungssituationen für den Abfall der Oxygenierungswerte häufig ein Sekretstau verantwortlich ist, muss neben

verschiedenen Gründen der akuten reduzierten Atmung (Hypoventilation), auch an einen erhöhten Sauerstoffverbrauch und an Herz-bedingte Ursachen gedacht werden.

Arterieller Kohlenstoffdioxidpartialdruck ($paCO_2$):
Bei diesem Wert herrscht allgemeine Klarheit über die Normwertspanne von 35 bis 45 mmHg (4,7 bis 6 kPa). Bedauerlicherweise wird bei Patienten mit einer COPD oft die Einschätzung vertreten, dass eine Hyperkapnie normal sei und auch nicht behandelt werden muss, solange sich der pH-Wert im Normbereich befindet. Richtungsweisende Studien konnten beides widerlegen. Tatsächlich haben 25 Prozent der untersuchten Patienten mit einer COPD der Schweregrade 3 und 4 einen $paCO_2$-Wert über 45 mmHg und neun Prozent der Patienten einen $paCO_2$-Wert über 50 mmHg – demnach liegen etwa 66 Prozent der ausgewählten Patienten im Normbereich. Die bekannte „Köhnlein-Studie" zeigte zudem, dass die Anwendung einer *nichtinvasiven Beatmung* bei Patienten mit einer schweren, stabilen COPD, die zu einer Senkung des $paCO_2$ in den oberen Normbereich beziehungsweise um zumindest 20 Prozent führt, ein *verlängertes Überleben* und eine *Zunahme der Lebensqualität* zur Folge hat.

Wiederkehrend ist bei beatmeten Patienten mit neurologischen Erkrankungen eine zum Teil ausgeprägte Hypokapnie (herabgesetzter Kohlendioxid-Partialdruck im arteriellen Blut) mit Werten unterhalb von 25 mmHg (3,3 kPa) zu beobachten. Sie resultiert oftmals aus einer gezielten Beatmungsdruckerhöhung mit gesteigertem Tidalvolumen, die über eine Zunahme der Dehnung des Brustkorbs den Beatmungskomfort erhöhen soll („Wohlfühlbeatmung"). Bei Patienten mit einem kompletten Querschnittsyndrom, die diese Wahrnehmung aufgrund einer Funktionsstörung von aus der Peripherie über das Rückenmark ins Gehirn aufsteigender (afferenter) Nervenbahnen nicht empfinden können, kann einem entstehenden Atemnotempfinden durch eine deutliche Absenkung des arteriellen Kohlendioxidpartialdruckes und somit des Atemantriebs entgegengewirkt werden.

pH-Wert (Säure-Basen-Wert des Blutes):
Dass ein normwertiger pH eine wichtige Voraussetzung für die zelluläre Integrität, für Enzymfunktionen und den physiologischen Ablauf von Stoffwechselprozessen darstellt, ist bekannt – dass sich zwischen dem oberen und dem unteren Normwert ein Säurezuwachs von bis zu 25 Prozent verbergen kann, schon weniger. Mit diesem Wissen können unter Berücksichtigung des Kohlenstoffdioxidpartialdrucks und der metabolischen Parameter sich entwickelnde Notfallsituationen rechtzeitig erkannt und differenziert werden.

Bikarbonat (HCO_3-) – Basenabweichung (BE):
Diese beiden Parameter zeigen in außerklinischen Situationen eher selten eine akute metabolische Übersäuerung (Azidose) an. Wenn beide Werte trotzdem deutlich erniedrigt sind, führt das (auch bei „Klinikern") zu nachvollziehbaren Irritationen. Zumeist sind diese Veränderungen die Konsequenz einer durch die Beatmungstherapie gezielt herbeigeführten Hypokapnie mit einer daraus resultierenden ausgleichend gesteigerten Bikarbonatausscheidung, die sich neben dem erniedrigten HCO_3--Wert in einem negativen BE zeigt (siehe Fallbeispiel). Der normwertige pH-Wert hätte dem Therapieteam gezeigt, dass keine akute und schwerwiegende Entgleisung vorliegt. Eine typische Laboranalyse zeigt dies am Beispiel eines 38 Jahre alten, 72 Kilogramm schweren und 1.78 Meter großen Mannes mit einer kompletten traumatischen Querschnittslähmung im Halsbereich, der seit fünf Jahren beatmet wird.

Oft sind aber auch beide Werte als Zeichen eines Bikarbonatüberschusses, beispielsweise aufgrund einer langzeitigen Entwässerungstherapie (Diuretika), erhöht – nicht selten gemeinsam mit einer Hypokaliämie. Ein weiterer Grund kann eine chronische Hyperkapnie sein, bei der die Leber und die Niere zur Vermeidung einer respiratorischen Azidose Bikarbonat bilden beziehungsweise aus dem Primärharn zurückgewinnen.

Fazit
Obwohl dieser Artikel die Komplexität der Thematik nur in Grundzügen abbildet, stellt sich abschließend bereits hier die Frage, wer genau in der außerklinischen Praxis ausreichend qualifiziert ist, Blutproben korrekt abzunehmen, zu versorgen und Blutgasanalysen sowie den Säure-Basen-Status schwerkranker Menschen zuverlässig auszuwerten. Dies stellt eine wichtige Voraussetzung dar, um die Entwicklung von Patientensituationen sicher abschätzen und kritische Situationen vermeiden zu können. Die Tatsache, dass diesem diagnostischen Verfahren zukünftig vermutlich eine wachsende Bedeutung zukommt, erfordert regelmäßige, praxisorientierte Schulungen aller mit der Thematik befassten Berufsgruppen.

Autor:
Harald Keifert
WK-Fortbildungen, Langenau

www.wk-fortbildungen.de

Quelle: beatmet leben 06-2022

Selbsthilfe ist unbezahlbar! #SELBSThilfeBESTIMMT

BAG SELBSTHILFE startet Informationskampagne zur Transparenz und Unabhängigkeit in der Selbsthilfe

Die Selbsthilfe basiert auf dem Prinzip des Vertrauens. Ein vertrautes Miteinander in der Selbsthilfegruppe, ein Vertrauen in die Selbsthilfeorganisation und ein Vertrauen in Autonomie der Interessensvertretung. Um dieses Vertrauen glaubwürdig herzustellen sind Neutralität und Unabhängigkeit für die Selbsthilfe ein besonders hohes Gut.

Mit der Einführung des *Monitoringverfahrens* und der Einführung der *Leitsätze zur Transparenz und Unabhängigkeit 2005* hat die BAG SELBSTHILFE gemeinsam mit dem Forum im Paritätischen Gesamtverband ein *Selbstkontrollorgan* eingeführt, das die Unabhängigkeit der Selbsthilfe von Wirtschaftsunternehmen garantiert. Zum 1. Juli dieses Jahres wurden diese Leitsätze noch einmal überarbeitet. Mit der Kampagne „Wir stehen für Transparenz und Unabhängigkeit - #SELBSThilfeBESTIMMT" will die BAG SELBSTHILFE ihre 123 Mitgliedsorganisationen und zwölf Landesarbeitsgemeinschaften motivieren, ihr Statement für Unabhängigkeit und Transparenz öffentlich zu präsentieren. Dadurch soll unter anderem die Öffentlichkeit dafür sensibilisiert werden, dass die *unverzichtbare Arbeit der Selbsthilfeorganisationen* für chronisch kranke und behinderten Menschen *nur mit einer planbaren und ausreichenden Förderung seitens der gesetzlichen Krankenkassen* möglich ist.

„Die Selbsthilfe kann ihre Aufgaben nur dann glaubwürdig vertreten, wenn sie ihre Unabhängigkeit und Neutralität gegenüber den anderen Akteuren im Gesundheitswesen wahrt. Mit dem Monitoringverfahren und den Leitsätzen für Transparenz und Unabhängigkeit, wurde eine *Kontrollinstanz* geschaffen, die Einflüsse auf die inhaltliche Ausrichtung der Selbsthilfe verhindert und somit dafür sorgt, dass sich die Angebote der Selbsthilfeverbände ausschließlich nach dem Interesse der Betroffenen ausrichten.

Im Leitfaden Selbsthilfeförderung nach §20h SGB-V werden die Anerkennung der *Leitsätze als Fördervoraussetzung* seitens der gesetzlichen Krankenkassen eingefordert. Um die Unabhängigkeit von Wirtschaftsunternehmen langfristig gewährleisten zu können, sind aber alle Selbsthilfeverbände und Organisationen auf eine gesetzlich festgelegte und ausreichende Förderung angewiesen. Dies ist seit Jahren leider nicht der Fall, was die Arbeitsbedingungen der Selbsthilfeverbände unnötig erschwert. Daher fordern wir hier dringend nachzubessern!", sagt Dr. Martin Danner, Geschäftsführer der BAG SELBSTHILFE.

Seit in Kraft treten der aktualisierten Leitsätze im *Juli 2022 müssen alle Mitglieder* der BAG SELBSTHILFE neben den *Einnahmen von Pharmaunternehmen* nun auch *sämtliche Einnahmen offenlegen, die von Unternehmen* stammen, die aufgrund der satzungsgemäßen Verbandsziele geeignet wären, Einfluss zu nehmen. Geht also beispielsweise ein Verband, der sich um Kinder mit Lernproblemen kümmert, eine Kooperation mit einem Schulbuchverlag ein, muss er diese veröffentlichen. Das *gilt für alle Spenden von Wirtschaftsunternehmen,* die in einem Wirtschaftsjahr eine *Höhe von 300,- Euro überschreiten*. Hier besteht steuerrechtlich die Pflicht die Spendeneinnahmen zu quittieren.

Sie finden es richtig und wichtig, dass sich Selbsthilfeverbände in Deutschland selbstbestimmt und unabhängig von wirtschaftlichen Interessen mit ihrer Arbeit für chronisch kranke und behinderte Menschen stark machen? Dann unterstützen Sie unsere Kampagne auf Facebook und Instagram und geben Sie uns ein Like für Transparenz und Unabhängigkeit!

Kampagnenmaterialien stehen unter folgendem Link zum Download bereit:
https://nextcloud.bag-selbsthilfe.de/s/8ps8RpiH253PWDP

Quelle:
Pressemitteilung der BAG SELBSTHILFE e.V. vom 26.09.2022
www.bag-selbsthilfe.de

Anmerkung der Redaktion:
Die Offenlegung von Spenden über 300.- € von Wirtschaftsunternehmen gilt auch für die Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA, die Mitglied in der BAG Selbsthilfe e.V. und im Paritätischen Wohlfahrtsverband ist und damit auch für jeden Ortsverband.

Bekanntlich wird der gesetzliche Mindestlohn ab dem 1. Oktober 2022 auf 12.- € erhöht. Keinen Anspruch auf diesen haben u. a. ehrenamtliche Tätige.

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

Im Flyer 32 der Deutsche Atemwegsliga e.V. werden vergleichend die aktuellen unterschiedlichen Inhalationssysteme gut und verständlich dargestellt.

Inhalativ applizierte Medikamente sind bei Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD seit Jahrzehnten die medizinisch beste Darreichungsformen. Dosieraerosole werden jedoch mit einem Treibgas betrieben.

Trotz des schon vor Jahren erfolgten Wechsels sind diese oftmals noch immer klimaschädlich. Auf den Seiten 8-9 in diesem Heft steht hierzu eine Stellungnahme der Deutschen Pneumologischen Fachgesellschaft mit der Forderung für eine verlängerte Ausnahmeregelung für eine Alternativentwicklung bei Dosieraerosole bis zum Jahr 2030.

In Flyer 32 der Deutschen Atemwegsliga (DAL) „Welches Inhalationssystem ist für welche Patienten geeignet?“ werden diese übersichtlich dargestellt.

Hierzu gibt es auf der Webseite der DAL (https://www.atemwegsliga.de/richtig-inhalieren.html) zu jedem Inhalationssystem eine sehr übersichtliche und hilfreiche Videoanleitung.

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

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

Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
Frau Kunze, Carl-Wernher-Str. 2, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 92 41 08, info@pat-liga.de, www.pat-liga.de

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

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

Befreundete Selbsthilfegruppen

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

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

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

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

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

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

Hessen

Selbsthilfegruppe Asthma & Allergie Kronberg im Taunus e.V.
Kontakt: Gabriele Freund
Hünerbergstr. 7
61476 Kronberg/Ts
Tel.: 06173 / 63865
E-Mail: info@asthma-und-allergie.de
http://www.asthma-und-allergie.de

COPD Gruppe Rüsselsheim
Kontakt: Jürgen Frischmann
E-Mail: orga@copd-ruesselsheim.de
http://www.juergen-frischmann.de/ruesselsheim.html

Nordrhein-Westfalen

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

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

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

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

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

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

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

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

Sachsen

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

Die “Luftpost - Patientenzeitschrift für Atemwegskranke” im 30. Jahrgang

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

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

„Luftpost“-Redaktion und Abonnenten-Service:
Carl-Wernher-Str. 2, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543
Fax: 06133 – 92 41 08

Redaktionsleitung und Druckfreigabe:
Dr. med. Michael Köhler V.i.S.d.P.

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

Bildnachweise:
Titelbild: AdobeStock / Baltazar
Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

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

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

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

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

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

kompetent · verständlich · patientengerecht

Anzeige

Anzeige

WEIL ASTHMA NICHT GLEICH ASTHMA IST

MACHEN SIE DEN ASTHMA-TEST

https://qrco.de/asthma_test

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

AstraZeneca

22763 Hamburg | www.astrazeneca.de

DE-45739/22

Anzeige

Chiesi

Lebe jeden Atemzug.
Aktiv gegen COPD.

Luftnot, Probleme beim Treppensteigen, chronischer Husten: Wie Anne leiden in Deutschland ca. 3 Mio. Menschen unter COPD. Ob Sie selbst oder Angehörige an COPD leiden – auf ***www.copd-experte.de*** erhalten Sie hilfreiche Empfehlungen und Hinweise, die es Ihnen einfacher machen, einen guten Weg zu finden, mit der Krankheit umzugehen.

air