Sommer 2022 · 30. Jahrgang
Deutschland 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

30 Jahre Luftpost

- Nicht medikamentöse Maßnahmen bei Heuschnupfen – Teil 2
- Scheitern der COVID 19-Impfpflicht im Bundestag
- Triage – Entscheidung auf Leben und Tod
- Die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

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

Anzeige

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,

kennen Sie den Hypothalamus? Natürlich müssen Sie diesen Teil des Gehirns nicht mit seiner altgriechischen Bezeichnung kennen. Es reicht, wenn Sie wissen, dass dieses Gebiet des Gehirns ziemlich in seiner Mitte liegt. Wichtig ist es für unsere vegetativen Funktionen. Man sagt auch, er sei das Hunger- und das Durstzentrum, zuständig für die Wärmeregulation, den Kreislauf und vieles andere. Forscher an der berühmten amerikanischen Harvard-Universität haben jetzt festgestellt, dass unser Krankheitsverhalten mit Fieber, dem Meiden von Nahrung, dem Bestreben sich zu isolieren und warm zu halten bei gleichzeitiger Mattigkeit von diesem Gehirnbereich bei einer Infektion gesteuert wird. Dort liegen Rezeptoren, die Botenstoffe aus dem Blut quasi registrieren und mit den beschriebenen Reaktionen zu regulieren versuchen. Genauso reagiert unser Körper, wenn wir dreimal oder auch viermal gegen Corona geimpft sind und dennoch von der vorherrschenden BA-5 Variante von SARS-Cov infiziert werden. Derzeit betrifft dies -trotz des Sommers- immer mehr Menschen in unserem Land. Nachdem nun auch die kostenlosten Testungen bis auf wenige Ausnahmen aus Kostengründen eingestellt wurden, haben wir nicht einmal mehr realitätsbezogene Inzidenzraten. So wurde z.B. vorige Woche für Köln eine Coronainfektions-Inzidenz von etwa 800 angegeben. Gleichzeitig aber wiesen Untersuchungen des Abwassers in der Stadt auf eine Inzidenz von mindestens 1500 hin. Die ständigen RKI-Berichte zur Corona-Lage sind leider nicht aktuell, sondern geben den Stand der jeweiligen Vorvorwoche wider. Selbst im dritten Jahr der Corona-Pandemie in Deutschland werden Benachrichtigungen vom zuständigen Gesundheitsamt, nachdem ein offizieller PCR-Test positiv war, und die Anmeldung dazu per Mailadresse erfolgte, noch immer nicht zeitnah elektronisch übermittelt. So kam die Benachrichtigung über die einzuhaltende fünftägige Quarantäne per Post und bereits am neunten Krankheitstag (!) bei dem Betroffenen an. Dies ein Fall aus der gegenwärtigen Praxis!

Dennoch, das Impfen und Boostern gegen Covid verhindert schwere Erkrankungen, Krankenhauseinweisungen und die eventuelle Aufnahme auf einer Intensivstation.

Schon heute möchten wir Sie zu unserer diesjährigen Mitgliederversammlung mit Vorstandswahl am 24. September ab 14.00 Uhr in den Erbacher Hof in Mainz, Grebenstraße 24-26 einladen. Hier stehen Veränderungen im Vorstand an. Überlegen Sie doch, ob eine Vorstandsfunktion für Sie in Ihrer Freizeit nicht nur mit sinnvoller Arbeit, sondern auch mit Freude eine lohnende ehrenamtliche Aufgabe sein könnte. Auch das Gefühl, gebraucht zu werden, kann ein Anreiz sein. Schließlich ist bei den politischen Entscheidungsträgern, wie z.B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) immerhin mindestens ein Patientenvertreter in den Gremien dabei, siehe unser Artikel in dieser Luftpost ab Seite 26.

Schon die große deutsche Schriftstellerin und Historikerin Ricarda Huch (1864-1947) sagte: „Jede Bekanntschaft, jede sympathische Begegnung ist ein Gewinn."

In diesem Sinne bleiben Sie alle wohlbehütet, frei von Corona und bis zum Wiedersehen in Mainz!

Mit luftigen Grüßen

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

Inhalt

Zu Ihrer Information

4 Deutscher Lungentag 2022
5 Geringer Zusatznutzen für Remdesivir
6 Einrichtungsbezogene Impfpflicht greift zu kurz
8 Tabakentwöhnung: Neue Empfehlungen zum Umgang mit E-Zigaretten
10 Schnarchen bei Schlafapnoe
13 Nicht medikamentöse Maßnahmen bei Heuschnupfen - Teil 2
18 Scheitern der COVID 19-Impfpflicht im Bundestag
22 Regelung zur wirtschaftlichen Verordnung für Lipidsenker Inclisiran
23 COPD - Soll ich an einer Schulung teilnehmen?
24 Renommierter Oskar-Medizinpreis an Professor Wolfram Windisch
26 Die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Über den Tellerrand hinaus

30 Das „Nationale Gesundheitsportal“ (BMG)

Aktuelles

34 Weltblutspendetag am 14. Juni
36 Pflegende Angehörige in Not
37 Triage - Entscheidung auf Leben und Tod

Lungensport

40 Aktiv im Alltag - Übungen an der Treppe

Selbsthilfe

43 Flyer der Atemwegsliga
44 KundiG
46 Ortsverbände der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
48 Warum auch Sie Mitglied in der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. – der **DPLA** - werden sollten
49 Mitgliedsantrag

Rubrik

50 Impressum
50 Abonnement der Luftpost

Deutscher Lungentag

„Lungenerkrankungen erkennen“

Online-Patientenveranstaltung zum 25. Deutschen Lungentag

am Samstag, dem 24. September 2022, von 11:00 – 13:00 Uhr
Live und interaktiv für Patient*innen, Eltern und Angehörige

Programm:

Begrüßung: Prof. Dr. Marek Lommatzsch (Rostock)
Diagnostische Möglichkeiten (Prof. Dr. Carl-Peter Criée, Göttingen)
Angeborene Lungenerkrankungen (PD Dr. Nicolaus Schwerk, Hannover) Atemwegserkrankungen bei Kindern (Prof. Dr. Christiane Lex, Göttingen) Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen (Prof. Dr. Marek Lommatzsch, Rostock)
Infektionen (Dr. Carmen Garcia, Berlin)
Krebserkrankungen der Lunge (Prof. Dr. Wolfgang Schütte, Halle (Saale)

Anmeldung: info@lungentag.de

Geringer Zusatznutzen für Remdesivir bei noch nicht sauerstoffpflichtigen COVID-19-Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko

Foto: AdobeStock / Yakobchuk Olena

Den Wirkstoff Remdesivir hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für ein weiteres Anwendungsgebiet auf seinen Zusatznutzen hin bewertet: Bei erwachsenen COVID-19-Erkrankten mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf, die aber noch keine zusätzliche Sauerstoffzufuhr benötigen, sah der G-BA einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen. Eine geringere Gesamthospitalisierung der sehr vulnerablen Patientengruppe gab am Ende den Ausschlag für diese Einstufung.

Die Bewertung stützt sich auf ein Herstellerdossier mit den Ergebnissen der randomisiert-kontrollierten Phase 3-Studie PINETREE. 562 Patientinnen und Patienten mit einem Risiko für einen schweren Verlauf nahmen daran teil. Ihnen wurde der Wirkstoff innerhalb von 7 Tagen nach Symptombeginn für 3 Tage intravenös verabreicht, begleitet von bestmöglicher ärztlicher therapeutischer Begleitung. In der mit Remdesivir behandelten Gruppe kamen am Ende fünf Patienten (1,8 %) in die Klinik. Bei der Placebo-Kontrollgruppe waren es 18 Patienten (6,4 %).

Die Studie ist allerdings nur eingeschränkt auf die aktuelle Versorgungslage in Deutschland übertragbar: Alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer waren ungeimpft und die derzeit zirkulierende Omikron-Variante war darin noch nicht berücksichtigt. Durch eine Immunisierung – entweder durch Impfung oder Genesung – ändert sich jedoch das vormals hohe Risikoprofil der Patientinnen und Patienten. Mittlerweile liegt in Deutschland eine recht hohe Immunisierungsrate vor.

Zugelassen war Remdesivir zunächst ausschließlich für die Behandlung sauerstoffpflichtiger COVID-19-Erkrankter. Seit dem 20. Dezember 2021 kann der Wirkstoff auch bei nicht sauerstoffpflichtigen Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko eingesetzt werden.

Quelle:
Beschluss des G-BA vom 7. Juli 2022,
Pressemitteilung

Einrichtungsbezogene Impfpflicht greift zu kurz

Vorbereitung auf nächste Corona-Welle muss jetzt erfolgen

Foto: AdobeStock / Markus Mainka

Das **Bundesverfassungsgericht** hat in seiner Entscheidung vom 19. Mai 2022 die **einrichtungsbezogene Impfpflicht für Beschäftigte in Pflege- und Gesundheitsberufen für rechtens** erklärt. Die Richterinnen und Richter argumentieren, der Schutz vulnerabler, d. h. besonders verletzlicher Gruppen wiege in diesem Fall schwerer als das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit der einzelnen Gesundheits- und Pflegemitarbeitenden.

Eine einrichtungsbezogene Impfpflicht reicht auch nicht aus, um besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen vor einer Infektion und das Gesundheitssystem vor einer Überlastung zu schützen, betont die *Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.* (DGIM).

Die DGIM fordert die Politik deshalb nach wie vor auf, mit Maßnahmen wie einer *allgemeinen Impfpflicht die Impfquote in der gesamten Bevölkerung zu erhöhen,* um für kommende Corona-Wellen gerüstet zu sein.

Seit fast zwei Jahren kümmern sich Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und andere Mitarbeitende im Gesundheits- und Pflegesektor in Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen unermüdlich um Corona-Infizierte, Seniorinnen und Senioren und andere Menschen. „Die allermeisten Gesundheits- und Pflegebeschäftigten sind geimpft und kommen so ihrer Verantwortung nach, ihre Patientinnen und Patienten bestmöglich zu schützen", sagt DGIM-Generalsekretär und Internist **Professor Dr. med. Georg Ertl** aus Würzburg.

Dagegen sei der Blick auf den allgemeinen Stand der Corona-Impfkampagne ernüchternd: *Rund 25 Prozent der Bevölkerung sind bislang nicht geimpft.* „Dass sich ein so großer Teil der Bevölkerung gegen die Impfung entschieden hat, ist bedenklich. Denn die Impfung hat sich als der wichtigste Schutz vor einem schweren Corona-Verlauf erwiesen, auch wenn sie das Risiko einer Ansteckung und Übertragung des Virus nicht komplett verhindern kann", ergänzt **Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner**, Vorsitzender der DGIM, Rheumatologe und klinischer Immunologe. „Man möge bedenken, um wie viel schlimmer die Welt aussehen würde, wenn es durch vergleichbare frühere Impfaktionen nicht gelungen wäre, Infektionskrankheiten wie Pocken, Kinderlähmung und viele andere auszurotten oder zurückzudrängen – und genau das muss das jetzige Ziel auch sein."

Professor Dr. med. Georg Ertl

Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner

Das Bundesverfassungsgericht hat die einrichtungsbezogene Impfpflicht in seiner gestrigen Entscheidung nun für rechtens erklärt und dies mit dem Schutz vulnerabler Gruppen vor einer Erkrankung begründet. „Die Urteilsbegründung geht am Problem vorbei. Die Impfung schützt vor allem vor schweren Verläufen und damit unser Gesundheitssystem vor Überlastung – aber nur, wenn möglichst alle geimpft sind", so DGIM-Generalsekretär Ertl. *Jedes Bett, das nicht für einen Ungeimpften benötigt wird, kann das Leben eines anderen Menschen retten.* Umso wichtiger wäre aus Sicht der Experten eine allgemeine Impflicht, die im vergangenen April im Bundestag jedoch nicht einmal zur Abstimmung stand. Für den Schutz vulnerabler Gruppen könnten nicht allein die Mitarbeitenden im Gesundheits- und Pflegesektor verantwortlich sein. Diese Verantwortung trage die gesamte Bevölkerung gleichermaßen, betont Ertl.

Da es höchst wahrscheinlich ist, dass im kommenden Herbst und Winter die Infektionszahlen wieder in die Höhe schnellen und die Krankenhäuser viele Corona-Infizierte versorgen müssen, ist es nach Meinung der ärztlichen Fachgesellschaft jetzt an der Zeit, Maßnahmen zu ergreifen, um die Impfquote zu erhöhen. „Wenn die Politik das Gesundheitssystem ernsthaft unterstützen und die Mitarbeitenden im Gesundheits- und Pflegebereich entlasten will, muss sie weiter an einer allgemeinen Impfpflicht arbeiten", fordert der DGIM-Generalsekretär.

Quelle:
Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) vom 20. Mai 2022

Anzeige

Tabakentwöhnung: Neue Empfehlungen zum Umgang mit E-Zigaretten

Medizinische Fachgesellschaften fordern bessere Unterstützung für den Rauchstopp

Foto: AdobeStock/anknv

Zu großes Rückfall- und Gesundheitsrisiko: Elektronische Zigaretten eignen sich nicht zur Tabakentwöhnung. Zu diesem Ergebnis kommt das Anfang April veröffentliche Empfehlungspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), dem sich 14 weitere medizinische Fachgesellschaften und Organisationen angeschlossen haben. **„Wer entzündungsfördernde, toxische Substanzen sowie Aromen durch die E-Zigarette inhaliert, riskiert einen fortlaufenden Schaden an den Bronchien und am Lungengewebe", sagt Professor Wolfram Windisch**, stellvertretender Präsident der DGP. Wer den Rauchstopp allein nicht schafft, sollte wissenschaftlich geprüfte Behandlungen in Anspruch nehmen. Dazu gehören die Beratung und Begleitung durch medizinisches Personal und eine Therapie mit Nikotinersatzpräparaten oder suchthemmenden Medikamenten. „Vor allem ausstiegswillige Raucherinnen und Raucher mit dauerhaft verengten Atemwegen durch die chronische Lungenerkrankung COPD, mit Asthma oder anderen Lungenerkrankungen sollten nicht auf E-Zigaretten umsteigen." Die Mediziner fordern von der Gesundheitspolitik mehr Geld für funktionierende Programme zur Tabakentwöhnung.

Die Empfehlung der Lungenfachärzte (DGP) richtet sich an Raucherinnen und Raucher sowie medizinisches Personal gleichermaßen. „Es ist unumgänglich, dass wir in unserer Gesundheitsversorgung ein Beratungsangebot für die Rauchentwöhnung verankern, das allen leicht zugänglich ist", sagt **Professor Stefan Andreas**, Leiter der DGP-Taskforce Tabakentwöhnung, von der die Empfehlungen grundlegend ausgearbeitet worden sind. *Individuelle Telefonberatungen* seien z. B. ein erster Schritt der Unterstützung. „Noch ist das flächendeckende Beratungsangebot zur Rauchentwöhnung in Deutschland unterentwickelt, unterorganisiert und unterfinanziert. Deswegen unser dringender *Appell an die Gesundheitspolitik*: Wir brauchen ein *dauerhaft finanziertes Therapieangebot* für Menschen, die ernsthaft mit dem Rauchen aufhören wollen", so **Professor Andreas**, Chefarzt der Lungenfachklinik Immenhausen, pneumologische Lehrklinik der Universitätsmedizin Göttingen. Wer dann noch

nicht von seiner Rauchabhängigkeit loskomme, solle zusätzlich eine weitergehende evidenzbasierte Unterstützung durch Tabak-Entwöhnungsprogramme mit medikamentöser Unterstützung angeboten bekommen.

Tabakentwöhnung: Mehrheit der E-Zigaretten-Nutzer raucht weiter – auch Tabakprodukte

Die Mediziner raten vom Gebrauch der E-Zigaretten ab, weil diese gesundheitsschädlich sind und von einer Mehrheit ausstiegswilliger Raucher dauerhaft weiter genutzt werden – im Unterschied zur zeitlich *begrenzten Nikotinersatztherapie* mit beispielsweise Nikotinpflastern oder der *kurzzeitigen Einnahme* von *suchthemmenden Medikamenten*. Viele Forschungsergebnisse weisen nach, dass *E-Zigaretten schädigende Wirkungen auf die Lunge und das Herz-Kreislauf-System* haben. Auch für eine *krebsfördernde Wirkung* gibt es Hinweise. Führende nationale wie internationale wissenschaftliche Fachgesellschaften, nationale Medizin-Leitlinien und Erkenntnisse der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stimmen damit überein. Bisher fehlen Langzeituntersuchungen, um das Gesundheitsrisiko genauer einzuschätzen. „Zudem haben wir beobachtet, dass 60 bis 80 Prozent der Umsteiger von der Tabak- auf die E-Zigarette nebenher auch weiterhin Tabakprodukte konsumieren – gerade dieser duale Gebrauch birgt zusätzliche Gesundheitsrisiken", sagt der Lungenarzt **Professor Wulf Pankow**, DGP-Vertreter im Aktionsbündnis Nichtrauchen (ABNR) und einer der federführenden Autoren der neuen Empfehlungen. „E-Zigaretten haben keinen Vorteil gegenüber der Tabakentwöhnung nach medizinischen Leitlinien mit persönlicher Beratung, Telefonberatung, Gruppenkursen und medikamentöser Unterstützung", so Pankow.

Erfolgversprechend: Kombination aus Verhaltenstherapie und Nikotinersatztherapie

Grundsätzlich raten die Autoren der Arbeit dazu, sich schnellstmöglich professionelle Hilfe zu holen: „Wer mit dem Rauchen aufhören möchte und es allein nicht schafft, sollte auch seinen Hausarzt direkt darauf ansprechen und sich beraten lassen", so Pankow. „Die *besten Erfolge zur Tabakentwöhnung* sehen wir aktuell bei der *Kombination aus Verhaltenstherapie* und *medikamentöser Unterstützung*." Geprüft und wirksam sind neben den *rezeptfreien Nikotinersatzpräparaten* auch die *suchthemmenden Medikamente* Vareniclin, Bupropion und Cytisin. „Sollten Raucherinnen und Raucher die E-Zigarette gegenüber anderen Hilfsmitteln dennoch bevorzugen, dann nur für einen begrenzten Zeitraum, und anschließend ganz absetzen."

v.l.n.r.: Prof. Dr. Wolfram Windisch, Prof. Dr. Wulf Pankow, Prof. Dr. Stefan Andreas

Nur jeder fünfte Raucher unternimmt Rauchstoppversuch – Krankenkassen sollen Kosten tragen

Die Autoren der Empfehlungen zum E-Zigaretten-Gebrauch bemängeln, dass es derzeit noch viel zu wenig unabhängige Studien über die tatsächlichen Auswirkungen der elektronischen Geräte und Tabakerhitzer gibt. Aus der jüngsten Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) ist bekannt, dass nur jeder fünfte Raucher in Deutschland mindestens einen Rauchstoppversuch im Jahr unternimmt. Hohe individuell zu tragende Therapiekosten würden vor allem sozioökonomisch schwächere Raucher benachteiligen, heißt es in der Studie. „Auch deshalb *fordern* wir die *Kostenübernahme* von *evidenzbasierten Therapien durch Krankenkassen*", bekräftigt DGP-Experte Professor Stefan Andreas. Das Risiko für Raucher sei derweil gut belegt: Einer aktuellen Metaanalyse zufolge bedingt bereits *der Konsum einer Zigarette pro Tag ein mehr als 50 Prozent zusätzliches Risiko für ischämische Herzerkrankungen oder Schlaganfälle*. „Wir empfehlen aus medizinischer Sicht den kompletten Rauchstopp. Und dafür gibt es bessere Hilfsmittel als die E-Zigarette", sagt Andreas.

Quelle:
Empfehlungspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) - www.pneumologie.de -
in Zusammenarbeit mit 14 weiteren medizinischen Fachgesellschaften und Organisationen, April 2022.

Schnarchen bei Schlafapnoe:

Individuelle Schiene ab 1.1.2022 Kassenleistung

Foto: AdobeStock / ankov

Abb. einer Schnarchschiene

Berlin, 20. November 2020 – Erwachsene, die beim Schlafen unter behandlungsbedürftigen wiederholten Atemaussetzern (obstruktive Schlafapnoe) und als Folge davon z. B. unter Tagesschläfrigkeit und Konzentrationsschwächen leiden, können künftig eine sogenannte Unterkiefer-Protrusionsschiene bekommen.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dürfen diese Schiene entsprechend dem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) getroffenen Beschluss verordnen, wenn die Überdrucktherapie mit einer Atemmaske nicht erfolgreich eingesetzt werden kann. Den **Antrag**, den medizinischen Nutzen der Protrusionsschiene bei Schlafapnoe zu bewerten, hatte die **Patientenvertretung im G-BA** gestellt.

- Ab 1.1.2022 ist eine Unterkieferprotrusionsschiene (Schnarchschiene) bei schlafbezogener Atmungsstörung (Schlafapnoe) eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen
- Schnarchen ist ein Leitsymptom einer Schlafapnoe
- Schlafapnoe ist gekennzeichnet durch Atemaussetzer mit potentiell lebensbedrohlichen Folgeerkrankungen
- die Individuell angepasste Unterkieferprotrusionsschiene ist wirksam bei obstruktiver Schlafapnoe
- Zahntechniker fertigen die Unterkieferprotrusionsschiene individuell nach Vorgaben von Zahnärztin oder Zahnarzt an

Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS), wie krankhaftes Schnarchen in der Fachsprache heißt, ist eine Atmungsstörung während des Schlafes. Sie kann erhebliche Gesundheitsstörungen auslösen. Die Behandlung mit individuell an den betroffenen Patienten angepassten Unterkieferprotrusionsschienen (UPS) hat sich als wirksam erwiesen.

Erschlafft die Rachenmuskulatur während des Schlafens, flattern Gaumensegel und Zäpfchen mit der Atemluft. Schnarchgeräusche entstehen. Solange Atemrhythmus und Schlafqualität beim Schnarchen nicht beeinträchtigt sind, strapazieren die nächtlichen Geräusche zwar die Nerven des Mitschläfers, sind aber für den Schnarchenden selbst ungefährlich.

Das Auftreten von Schnarchen im Schlaf ist abhängig von Alter und Geschlecht. Laut der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin schnarchen Männer in mittlerem bis höherem Lebensalter während des Schlafens am häufigsten. Verschiedene Faktoren begünstigen die Geräusche.

So sind z.B. Alkohol- und Nikotinkonsum, sowie ein erhöhtes Körpergewicht Ursachen für die Entste-

hung bzw. Verstärkung der Geräusche. Auch Schlafen in Rückenlage, allergische Erkrankungen der Nasenschleimhaut oder eingeschränkte Atmung durch die Nase sind weitere Ursachen, die den Atemweg verengen können und so Schnarchgeräusche fördern.

Atemaussetzer gefährden die Gesundheit

Entspannen sich Rachenmuskulatur und Zunge jedoch so sehr, dass sich die Atemwege verengen oder die Atemwege zeitweise sogar blockiert werden, kann es zum Aussetzen der Atmung kommen. Dauern diese nächtlichen Atemaussetzer länger als zehn Sekunden, liegt eine sogenannte obstruktive Schlafapnoe (OSA) vor. Sie kann für die Gesundheit des Schnarchenden gefährlich werden. Denn die Sauerstoffversorgung wird bei jedem Atemaussetzer unterbrochen. Puls und Blutdruck sinken. Das Atemzentrum im Gehirn ist alarmiert und löst einen Weckreiz aus. Meist ohne es zu merken, wachen die Betroffenen auf. Das unterbricht den Schlaf. Herzschlag und Blutdruck steigen. Treten die Atemaussetzer mehrfach in der Nacht auf, ist der Tiefschlaf beeinträchtigt. „Die *Folgen* eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms können

- nicht erholsamer Schlaf,
- ausgeprägte Tagesmüdigkeit oder sogar
- die Entwicklung von Herz-Kreislauferkrankungen sein“,

erklärt Prof. Dr. Bert Braumann, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie der Uniklinik Köln. „Selbst Depressionen oder Diabetes stehen im Zusammenhang mit einer Schlafapnoe“, so Braumann.

Prof. Dr. Bert Braumann

Therapie hängt vom Schweregrad ab

Die Therapie der obstruktiven Schlafapnoe hängt u. a. vom jeweiligen Schweregrad ab. Können bei leichten Erkrankungen Gewichtsreduktion und eine andere Schlafposition helfen, greift man bei zunehmendem Schweregrad auf eine Überdrucktherapie als Standard zurück. Dabei wird über eine Atemmaske beim Schlafen ein Überdruck erzeugt, der die Atemwege offenhält. Führt die Überdrucktherapie nicht zum Behandlungserfolg, ist zukünftig auch die Unterkiefer-Protrusionsschiene zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung einsetzbar.

Anzeige

So funktioniert die Therapie mit Unterkieferprotrusionsschienen

Klinische Studien zeigen, dass die Behandlung einer Schlafapnoe mit individuell hergestellten Unterkieferprotrusionsschienen wirksam ist. Die Therapie mit dieser individuellen Unterkieferprotrusionsschiene ist insbesondere auch erfolgreich gegen Tagesschläfrigkeit bei Schlafapnoe. „Die Patienten tragen die Schiene während des Schlafes. Sie protrudiert den Unterkiefer. Das heißt, sie schiebt und hält diesen sanft weiter vorne. So verhindert die Schiene auch bei geschlossenem Mund das Zurücksinken von Unterkiefer und Zunge. Das hält die oberen Atemwege, sowie den Rachenraum offen und vergrößert diese Bereiche sogar", erläutert Braumann. Die Atemluft kann nun ungehindert ein- und ausströmen, um den Körper auch im Schlaf gut mit Sauerstoff zu versorgen.

Individuell angefertigte Protrusionsschienen ab 1.1.2022 Kassenleistung

Bisher gehörte die Therapie des Schnarchens bei einer Schlafapnoe mit den genannten Schienen nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Das ändert sich nun. Ab 1.1.2022 sind individuell hergestellte und einstellbare Unterkieferprotrusionsschienen zur Behandlung von schlafbezogenen Atmungsstörungen bei Schlafapnoe für Erwachsene Bestandteil der Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte können die Unterkieferprotrusionsschiene auf Grundlage einer ärztlichen Indikation und Überweisung sowie nach Ausschluss zahnmedizinischer Kontraindikationen herstellen und anpassen.

Für konfektionierte Schienen, die nicht individuell eingepasst sind, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen hingegen keine Kosten. Denn konfektionierte Schienen sind weniger wirksam.

Exakter Sitz der Schiene wichtig für Erfolg der Therapie

Unterkieferprotrusionsschienen sind individuell hergestellt und so auf die Zähne, den Kiefer und die Kiefergelenksituation des Patienten abgestimmt. Das ist wichtig, um den Unterkiefer ausreichend nach vorne zu schieben. Nur dies bringt den gewünschten Erfolg bei der Behandlung des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms. Dabei gilt es, die Vorverlagerung auf den gewünschten Erfolg anzupassen und gleichzeitig das Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen wie z.B. Veränderungen des Bisses, der Zahnstellung oder der Kiefergelenke zu vermeiden. Der Tragekomfort der Schiene ist wichtig, um so die Regelmäßigkeit der Nutzung der Schiene durch die Patientin oder den Patienten zu erreichen. Auch kann es zu vermehrtem Speichelfluss kommen.

Herstellung einer Unterkieferprotrusionsschiene ist Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung

Ob eine Schienentherapie für Patienten in Frage kommt, entscheidet nach sorgfältiger Untersuchung und Beratung eine Ärztin oder ein Arzt, die oder der zur Diagnostik und Therapie von schlafbezogenen Atmungsstörungen berechtigt ist. Nach dieser Indikationsstellung und Verordnung durch die Schlafmedizinerin oder den Schlafmediziner ist es die Aufgabe der Zahnärztin oder des Zahnarztes, die zahnmedizinischen Voraussetzungen für die Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene abzuklären. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt bestimmt die Lage des Unterkiefers und das geeignete Schienenmodell für die Patientin oder den Patienten. Dazu gehört auch, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt die Funktion der Kiefergelenke begutachtet, den Zustand der Zähne und des Zahnhalteapparats einschätzt und eventuell vorhandenen Zahnersatz beachtet bzw. andere Grunderkrankungen ausschließt. Steht die Wahl der Unterkieferprotrusionsschiene fest, nimmt die Zahnärztin oder der Zahnarzt Abdrücke des Gebisses und bestimmt über notwendige Registrate die mögliche Lage der Kiefer zueinander.

Nach diesen Vorgaben stellt eine Zahntechnikerin oder ein Zahntechniker die individuelle Unterkieferprotrusionsschiene aus Kunststoff her. Um den Unterkiefer im Schlaf leicht nach vorne zu schieben und ihn in Position zu halten, sind beide Schienen über eine Mechanik miteinander verbunden. Die fertige Unterkieferprotrusionsschiene passt die Zahnärztin oder der Zahnarzt abschließend in den Mund der Patientin oder des Patienten ein. Die Schlafmedizinerin oder der Schlafmediziner bewertet den Erfolg der Therapie und veranlasst in Zusammenarbeit mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt gegebenenfalls notwendige Veränderungen der Unterkieferprotrusionsschiene. Eine regelmäßige Nachkontrolle ist sowohl bei der Schlafmedizinerin oder dem Schlafmediziner als auch bei der Zahnärztin oder dem Zahnarzt in jedem Fall zur Vermeidung unerwünschter Nebenwirkungen oder notwendiger Korrekturen erforderlich.

Quellen
Nach Pressemitteilung 61/2020 des G-BA´s und von Initiative proDente e.V. und viele hilfreiche Informationen von Herrn Reinhard Wagner, vom Bundesverband Gemeinnützige Selbsthilfe Schlafapnoe Deutschland e.V.

Nicht medikamentöse Maßnahmen bei Heuschnupfen

– eine kritische Übersicht - Teil 2

K.-C. Bergmann[1,2]

Schön anzusehen - aber eine „Quelle" für Pollen.

Nicht medikamentöse Maßnahmen zur Vermeidung allergischer Symptome bei der Pollenallergie – eine kritische Übersicht

Die allergische Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen) ist die häufigste chronische Erkrankung in allen Industrienationen. Ihre Therapie besteht im Wesentlichen in der Anwendung anti-allergischer und anti-entzündlicher Medikamente, die zumeist einen guten und schnellen Effekt zeigen. Mit der allergenspezifischen Immuntherapie besteht darüber hinaus eine kausale Möglichkeit der Toleranzinduktion. Gegenwärtig besteht eine erhebliche Unterversorgung, da Betroffene die Symptome trivialisieren und öfter auch Bedenken gegen eine medikamentöse Dauertherapie haben. Es besteht ein hohes Interesse, auch nicht medikamentöse Maßnahmen zur Vorbeugung und/oder Linderung der allergischen Symptome zu verwenden in der Annahme, dass diese frei von Nebenwirkungen zu seien. In dieser Publikation stellen wir nicht medikamentöse Methoden vor, zu denen klinische Studien in der Literatur vorliegen. Die Methoden haben eine unterschiedlich gute Wirksamkeit. Eine evidenzbasierte vergleichende Einschätzung zwischen den Methoden ist nicht möglich. Ebenfalls liegen kaum Studien im Vergleich zur medikamentösen Standardtherapie vor. Eine Vielzahl der Interventionen besteht in einer Allergenreduktion, wie zum Beispiel durch Luftfilter, oder einer Reinigung der Schleimhäute durch Nasenspülungen etc., die allesamt keinesfalls als Ersatz, sondern als Ergänzung zur medikamentösen Therapie gesehen werden sollten.

Eine Pollenallergie bedeutet für den Einzelnen eine wesentliche Minderung seiner Lebensqualität

Ohne Zweifel ist die allergische Rhinokonjunktivitis (ARK) durch Pollen infolge ihres häufigen Auftretens eine Volkskrankheit und die häufigste allergische Krankheit

1 Frauenhofer-Institut für Translationsale Medizin und Pharmakologie ITMP, Allergologie und Immunologie, Berlin,

2 Institute of Allergology, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin

in Europa. Die Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen liegt für Erwachsene in Deutschland auf der Basis von Befragungen zu ärztlich diagnostizierten Erkrankungen bei 14,8% und für Kinder und Jugendliche

im Alter von 0 bis 17 Jahren bei 10,7%. Damit leiden rund 10,1 Millionen Erwachsene und 1,4 Millionen Kinder und Jugendliche an den saisonal auftretenden Beschwerden während der Pollensaison; dazu eine unbekannte Zahl an Personen an einem durch Pollen ausgelösten Asthma bronchiale und einem durch Pollen ausgelösten Oralen Allergie-Syndrom.

Die Auswirkungen einer Pollenallergie bedeuten für den Einzelnen infolge der organspezifischen und allgemeinen („Heufieber") Beschwerden eine wesentliche Minderung seiner Lebensqualität. Für Kinder und Jugendliche führt der Heuschnupfen zu einer eingeschränkten Lernfähigkeit und für die Gesellschaft insgesamt zu einem Verlust am Bruttosozialprodukt. Damit ist diese Volkskrankheit neben den persönlichen Einschränkungen auch kostspielig für die Gesellschaft insgesamt.

Die medikamentöse Therapie der ARK ist der Standard im Management der Erkrankung; sie ist erfolgreich, allerdings nicht ohne Nebenwirkungen. Am häufigsten treten bei der Nutzung der anti-allergischen Medikation Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und ein erhöhtes Schlafbedürfnis auf.

Die Allergen Immuntherapie (AIT) ist ebenso erfolgreich, aber die einzige krankheitsmodifizierende Therapieoption mit Beeinflussung des zugrunde liegenden Pathomechanismus der Erkrankung. Trotz nachweisbarer Erfolge bei der Reduzierung der Symptome und dem Übergang der ARK in ein Asthma wird sie nicht in dem Umfang durchgeführt, der wünschenswert wäre. Die Hinderungsgründe zur Nutzung der AIT sind vielfältig, zum Beispiel die lange, 3-jährige Dauer und die Schwierigkeit in der Befolgung der konstanten Einnahme.

Viele Betroffene wünschen sich aus verschiedenen Gründen eine vollständige oder teilweise Hilfe durch nicht medikamentöse Mittel und greifen dabei auch zu ungeprüften und/oder sinnlosen Methoden. Hier soll nur an die Bioresonanz erinnert werden, um die es allerdings in den letzten Jahren ruhiger wurde.

Hier wird der Versuch unternommen, eine Übersicht zu den in der Literatur empfohlenen nicht medikamentösen Maßnahmen zur Vermeidung oder Linderung von Beschwerden bei der allergischen Rhinokonjunktivitis zu geben. Dabei werden diejenigen Methoden genannt, die in klinischen Prüfungen eine zumindest teilweise Wirkung dokumentierten und in wissenschaftlichen Zeitschriften nach einer Begutachtung publiziert wurden.

Teil 2

Nasenfilter

Es entspricht einer alten Idee, die Nase durch einen Filter vor dem Eintritt von Pollen zu schützen. Es gibt einige gezielte Untersuchungen über den Effekt von Nasenfiltern. O'Meara und Mitarbeiter untersuchten bei 48 Teilnehmern mit einer ARK die Wirkung eines Nasenfilters beim Aufenthalt in einem Park über eine Stunde während der Saison von Gräser- und Ambrosiapollen. Dabei wurde deutlich, dass der Juckreiz in der Nase, die Fließnase und auch das Niesen geringer waren im Vergleich zum Aufenthalt ohne Nasenfilter am gleichen Platz.

Bei 65 Probanden mit einer ARK durch Gräserpollen wurde in einer DBPC-Crossover Studie über 2 Tage beobachtet, dass beim Tragen eines Nasenfilters die Schwere der Nasensymptome gegenüber dem Placebo signifikant verringert war. Interessanterweise trat auch am Auge weniger Augentränen beim Tragen des Nasenfilters auf. Dies wurde auch beim Tragen von Mund-Nasen-Masken beobachtet. Der selbe Filter wurde noch einmal an einer größeren Gruppe von 1.073 Personen mit ARK mit oder ohne Asthma in der Gräserpollensaison 2014 in Dänemark in einer offenen Studie über 2 Wochen geprüft. Die Mehrheit der Teilnehmer war so zufrieden mit dem Nasenfilter, dass sie ihn über die 2 Wochen in der Nase trugen und schätzten. Personen mit stärkeren asthmatischen Symptomen und weniger Beschwerdefreiheit unter anti-allergischer Medikation nutzten den Filter stärker als andere.

Das Tragen von Nasenfiltern wird sicher nicht von Jedem als praktisch empfunden; seine tatsächliche Nutzung in der Praxis wird deshalb vermutlich auf Personen begrenzt bleiben, die sich durch die Standard-Medikation nicht genügend geschützt fühlen.

Nasenspülungen

Das Ausspülen der Nase ist eine einfache, kostengünstige, schmerzfreie und relative häufig angewandte Methode zur Vermeidung von Nasenbeschwerden beim Heuschnupfen. In einer Studie mit 220 Kindern, bei denen besonders gerne auf die Anwendung von antiallergischen Medikamenten verzichtet wird, konnte die positive Wirkung dokumentiert werden.

Eine ähnliche Situation besteht bei Schwangeren, die ebenfalls gerne auf jegliche medikamentöse Therapie verzichten. 22 Probandinnen, die 3-mal tägliche Nasenspülungen über 6 Wochen während einer Pollensaison durchführten, hatten signifikant geringere Nasensymptome – im Vergleich zu Probandinnen ohne Nasenspülungen.

Zur Spülung der Nase können physiologische Kochsalzlösungen ebenso wie hypertone Salzlösungen verwendet werden; letztere haben nach einer Studie die bessere Wirkung. Die Wirkung der Nasenspülungen ein- bis zweimal täglich sind innerhalb der ersten 4 Wochen nach Beginn der Methodik zu verspüren.

Wichtig ist auch, dass sich durch Nasenspülungen in Ergänzung einer medikamentösen Therapie bei gleicher Symptomkontrolle eine Einsparung von ca. 30% der Medikation erzielen lässt.

Pollenflugvorhersagen und Therapiehinweise

Evaluierte und klinisch gesicherte Apps zur Pollenflugvorhersage werden an Bedeutung gewinnen Pollenflugvorhersagen können ein wertvolles Instrument zur Pollenmeidung sowie zum Management von Pollenallergien sein. Sie werden vor allem in Zeiten hoher Pollenbelastung genutzt und zeigen damit ihren Wert für die Nutzer. Dabei ist eine Pollenflugvorhersage keineswegs mit einer Regenvorhersage zu vergleichen, denn die Vorhersage des Pollenflugs führt bei Betroffenen zu wichtigen Entscheidungen über die Einnahme von Medikamenten. Falsche Vorhersagen können zur Vernachlässigung oder überhöhten Dosierung von Medikamenten mit der Gefahr von schweren Symptomen oder gefährlichen Nebenwirkungen führen. Die Herausgabe von Pollenflugvorhersagen ohne medizinisches Fachwissen und sorgfältige Messungen des tatsächlichen Pollenflugs ist deshalb ethisch nicht vertretbar.

Aus der Fülle von Pollenflugvorhersagen im Internet, die den Nutzern eine hilfreiche Kenntnis beim Umgang mit der Erkrankung und in der vorbeugenden Einnahme von Medikamenten geben sollen, erfüllen die wenigsten diese Zwecke.

Die Entwicklung des elektronischen Heufiebertagebuchs (PHD = patient's hayfever diary) an der Med. Hochschule Wien war die erste evaluierte Grundlage zur Entwicklung von Pollenflugvorhersagen, die zugleich die Art und Stärke allergischer Symptome bei der Vorhersage des Risikos für den Nutzer nannte. Dieses PHD wurde in den folgenden Jahren erfolgreich von über 200.000 Nutzern/Jahr europaweit genutzt, da in 5 Sprachen verfügbar. Die Auswertung der von den Nutzern mitgeteilten und anonymisierten Daten zu ihren Symptomen an Nase, Augen und Bronchien und der genutzten Medikation führte zu wichtigen Feststellungen bzgl. der Definition der Pollensaison und dem Vergleich von Symptomen über Länder hinweg.

Die 2015 publizierte App „Husteblume" nutzt ebenso den PHD und ist die einzige in Deutschland entwickelte App mit einer Pollenflugvorhersage für Personen mit einem Heuschnupfen und Pollenasthma, die einer Evaluation zum Nutzungsverhalten und Wirksamkeit unterzogen wurde. Benutzerfreundlichkeit, Einfluss auf die Lebensqualität und Gesundheitskompetenz sowie die Selbstwirksamkeit bei der Behandlung der eigenen chronischen Krankheit wurden durch zwei Online-Umfragen unter 661 registrierten Nutzern der App vor und nach der Pollensaison 2017 erfasst. Verbesserungen ergaben sich in der Informiertheit, Lebensqualität, mit der Krankheit „umgehen können" und in der Vorbereitung auf einen Arztbesuch, der bemerkenswerter Weise deutlich weniger (minus 7%) häufig notwendig war.

Eine Besonderheit der „Husteblume" sind auch die Hinweise zur medikamentösen Therapie, die der Nutzer nach Eingabe seiner heuschnupfentypischen Symptome innerhalb von Sekunden erhält. Der Nutzer hat damit die Möglichkeit, die eigene medikamentöse Therapie mit einer Empfehlung zu vergleichen.

Es ist voraussehbar, dass evaluierte und klinisch gesicherte Apps in den kommenden Jahren wie selbstverständlich von einer immer größeren Zahl an Nutzern geschätzt und angewendet werden. Die Nutzer werden sich, nach einer gesicherten Diagnostik und Therapieeinstellung, weniger häufig beim Allergologen vorstellen – zum Nutzen beider.

Pollenschutzgitter

Es wurden signifikante Hemmraten (Pollenzahl/24 Stunden hinter dem Pollenschutzgitter im Vergleich zu offenem Festen) erzielt.

Auf dem Markt werden Pollenschutzgitter angeboten, die wie ein Fliegen- oder Mückenschutz an Fenstern oder großflächiger vor Türen das Eindringen von Pollen in Wohn- oder Schlafräume verhindern sollen. Obwohl seit Jahren im Handel und auch genutzt, gibt es kaum Publikationen zum Thema.
In einer Studie wurde ein Feingewebe auf ihre Fähigkeit geprüft, das Eindringen von Pollen in Räume einer Aller-

gie- und Asthmaklinik (Bad Lippspringe) zu vermeiden. Dazu erfolgten in zwei nebeneinander liegenden Räumen gleicher Größe (5,2 m Breite, 3,4 m Länge, 2,7 m Höhe) im dritten Stock einer Klinik (11,5 m Höhe) mit gleich großen Fenstern (132 × 153 cm) parallele Messungen der Innenraumbelastung mit Pollen durch zwei Burkard-Pollenfallen, die auf dem Fußboden in 3,0 m Entfernung vom Fenster standen. Im „Kontrollzimmer" war das Fenster geöffnet und mit oder ohne ein Fliegenschutzgitter bespannt. Im „Verumzimmer" wurden vor die geöffneten Fenster Pollenschutzgitter gespannt. Die Messungen erfolgten täglich, die Auswertung nahm eine erfahrene Pollenanalytikerin vor. Die Zimmer wurden nur zum Betrieb der Pollenfalle vom 07.02. bis zum 01.07.2002 betreten.

Es wurden signifikante Hemmraten (Pollenzahl/24 h hinter dem Pollenschutzgitter im Vergleich zu offenem Fenster) erzielt: Erle: –91,7 – 98,7%, Birke: –83,2 – 93,1%, Esche: –83,3 – 100,0%, Eiche: –95,7 – 100%, Brennnessel 89,9 – 100%. Damit wurden in dieser Studie Pollen durch die getesteten Pollenschutzgitter effektiv am Eindringen in den Raum gehindert.

Es wäre wünschenswert in weiteren Studien den Nachweis zu erbringen, dass die Nutzung von Pollenschutzgittern nicht nur die Innenraumbelastung mit Pollen, sondern auch die klinische Symptomatik reduziert.

Salben, Puder und Öle in der Nase

Cellulosepuder in der Nase stellt eine wirksame Barriere gegen das Eindringen von Allergenen und Feinstaub aus der Luft dar.

Die Anwendung von Salben, Pudern oder Ölen auf die Nasenschleimhaut basiert auf der Idee, die in die Nase aufgenommenen Pollen als Barriere abzuwehren bzw. das Eindringen ihrer Allergene in die Schleimhäute zu verhindern und damit entzündliche Reaktionen und Symptome zu verhindern.

In einer offenen, prospektiven und kontrollierten Studie wurden durch eine Nasen-Salbe auf Lipidbasis im Vergleich zu unbehandelten Probanden das Niesen und der Juckreiz unterdrückt, nicht aber die Fliesnase und Nasenschleimhautschwellungen. Eine DBPC-Studie an rund 100 Probanden ergab bei der Reaktion auf eine nasale Provokation durch die pollenblockierende Nasencreme eine Reduzierung der Symptome in der Nase um ca. 60%, das Placebo von nur 25%. Eine umfangreiche DBPC-Studie bei Patienten mit ARK durch Birken-, Gräser- und Olivenpollen ergab zwar eine gute Tolerierbarkeit der Nasenemulsion, aber kaum Effekte auf die organspezifische Lebensqualität und lediglich das Symptom verstopfte Nase war signifikant verringert.

In Großbritannien ist Cellulosepuder seit 1994 als Anti-Heuschnupfenmittel auf dem Markt und Emberlin und Lewis publizierten 2006 die erste kontrollierte Studie. Geprüft wurde die Wirksamkeit des Puders im Vergleich zu einem Placebo an 97 Erwachsenen mit einer ARK durch Gräserpollen mit der Frage, wer mehr zusätzliche Medikamente während der Pollensaison brauchte. Das Cellulose-Puder überzeugte: die 47 Erwachsenen unter Cellulose benötigten signifikant weniger zusätzliche Anti-Allergika. Allerdings – das alleinige Auftragen von Cellulosepuder auf die Nasenschleimhaut führte nicht zur Reduzierung der Symptome, sondern nur in Verbindung mit einer geringeren Medikation; dies mag auch als Erfolg gewertet werden, ist aber nicht der eigentliche Sinn einer Intervention.

In einer DBPC-Studie konnte bei 53 Kindern und Jugendlichen mit einer AR durch Birkenpollen, die alle unter einer oralen anti-allergischen Medikation (Anti-Histaminikum) standen, bei zusätzlicher Anwendung von Cellulose-Puder signifikant die noch bestehenden Symptome an Nase, Augen und Bronchien reduzieren – am besten an Tagen mit relativ geringen Birkenpollen in der Luft (≤ 100/m3).

In einer weiteren kontrollierten Studie der Autoren (gleiches Design) reagierten 108 ErPollenschutzgitter wachsene mit gesicherter Gräserpollen-Rhinitis ebenfalls mit signifikant weniger Nießen, Fliesnase, verstopfter Nase sowie Augen- und Bronchialbeschwerden; die erfahrenen Allergologen empfahlen daraufhin die Nutzung von Cellulose-Puder beim Einsetzen erster Symptome in der Pollensaison.

Popov und Mitarbeiter fassten 2017 alle verfügbaren Daten zur Nutzung von Hydroxy-propyl-methyl-cellulose Puder (HPMC-p) aus den 26 Studien zusammen, die mit HPMC-p publiziert wurden. Im Ergebnis konnten sie überzeugend feststellen, dass das inzwischen patentierte Verfahren zur Nutzung von HPMC eine wirksame Barriere gegen eindringende luftgetragene Allergene einschließlich Pollen darstellt und geeignet ist, nasale Symptome zu reduzieren.

Popov und Mitarbeiter prüften zusätzlich auch tierexperimentell (Ratten) die Wirkung von HPMC in der Nase

als wirksame Barriere für Allergenextrakte sowohl aus Pollen von Zeder, Ragweed und Gräsern als auch von Hausstaubmilben und Feinstaub (PM2.5). Das pHPMC selbst führte für bis zu 48 Stunden nach dem Auftragen zu keinen entzündlichen Gewebereaktionen und konnte.

Allergenextrakte und PM2.5 signifikant beim Eintritt in das Gewebe reduzieren.

In einer Mitteilung wurde die Wirksamkeit von Hydroxypropyl methylcellulose bei 36 Erwachsenen mit allergischer Rhinitis durch Gräserpollen (Dactylis glomerata) in der Fraunhofer Allergen Expositionskammer Hannover in einer offenen Cross-over Studie geprüft. Der Total Nasal Symptom Score, die Nasensekretion und die Symptome wurden durch das HPMC über mindestens 4 Stunden deutlich reduziert.

Insgesamt zeigt die Vielzahl der Studien, dass Cellulosepuder in der Nase eine wirksame Barriere gegen das Eindringen von Allergenen und Feinstaub aus der Luft darstellt.

Sonnenbrillen und Haftschalen

In einer Studie mit 70 Erwachsenen wurde das Tragen einer Sonnenbrille mit herumgezogenen Rand (Rundum-Brille) zusätzlich zu Medikamenten (Gruppe 1, n = 39) oder ohne Medikamente (Gruppe 2, n = 31) über die Pollenperioden in 3 Jahren anhand von Symptomen, benötigter Medikation bewertet. Augenjucken und Augenrötung, Niesen und Fliesnase wurden durch die Sonnenbrillen signifikant reduziert, gleichzeitig war die Lebensqualität verbessert.

Die schützende Wirkung der Sonnenbrillen bezüglich der Augensymptome bei 39 Probanden mit einer gesicherten ARK durch Pollen und ausgeschlossener Sensibilisierung durch ganzjährige Allergene erfolgte in zwei Gruppen: Gruppe 1 erhielt topische Steroide regelmäßig und Loratadin bei Bedarf, Gruppe 2 trug die Sonnenbrille zusätzlich zur gleichen Medikation. Die Sonnenbrille reduzierte signifikant die Augensymptome und den Bedarf an Anti-Histaminika.

Über die eventuell schützende Wirkung von Haftschalen für das Auge konnten keine Publikationen gefunden werden.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Nach gegenwärtigem Stand der Wissenschaft können einzelne Interventionen, wie zum Beispiel Pollenfilter im PKW empfohlen werden, allerdings nur als add-on Therapie in Kombination mit der medikamentösen Standardtherapie. Hier ist es wichtig, im Rahmen des Patientengespräches Sorgen zu erkennen und zu nehmen, da glücklicherweise mit modernen Antihistaminika und nasalen Steroiden wirksame und gut verträgliche Therapien zur Verfügung stehen – auch in der Langzeitbehandlung. So ist keine kumulative oder Langzeitnebenwirkung für Antihistaminika jemals beschrieben worden trotz Einsatz bei hunderten von Millionen behandelter Patienten.

Die Allergen-Immuntherapie ist die einzig verfügbare krankheitsmodifizierende Therapieoption bei der Behandlung von Patienten mit einer Typ-vermittelten Allergie. Ein hoher Grad an wissenschaftlicher Evidenz liegt vor für die Wirksamkeit und Sicherheit dieser Therapieform.

Allerdings führt die außerordentliche Häufigkeit der ARK durch Pollen in ihren verschiedenen Schweregraden und begleitenden Symptomen außerhalb von Augen, Nase und Bronchien an der Haut, im Rachen und im Allgemeinbefinden führt dazu, dass auch ungeprüfte nicht medikamentöse Verfahrungen erprobt werden. Die ganz individuellen Erfahrungen und Beobachtungen mit solchen ungeprüften Verfahren können dazu führen, dass weitere, hier nicht aufgeführte Methoden in der Community der Betroffenen oder in der Öffentlichkeit empfohlen werden. Als Beispiel sei das häufig genannte Haarwaschen genannt; hier wird in der Laienpresse einfach immer wieder voneinander abgeschrieben, ohne den Wert zu hinterfragen.

Die datengestützte Information von Millionen Betroffenen mit einer allergischen Rhinokonjunktivitis bleibt die wichtigste tragfähige Basis für die Anwendung nicht medikamentöser Maßnahmen. Die Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst ist hierbei die wichtigste Quelle (www.pollenstiftung.de).

Prof. Dr. Karl-Christian Bergmann
Institut of Allergology
Haus 2
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin
karlchristianbergmann@gmail.com

Scheitern der COVID 19 Impfpflicht im Bundestag

Die Wissenschaft hat geliefert, die Politik leider nicht (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. – DGIM)

Foto: AdobeStock / Robert Leßmann

Es gibt keine Impfpflicht gegen Covid in Deutschland: Weder der Vorschlag der Ampel-Koalition für eine Ü60-Impfpflicht noch alternative Vorschläge der Oppositionsparteien haben am 07.04.22 im Deutschen Bundestag eine Mehrheit gefunden. „Vielleicht auch, weil alles faule Kompromisse waren", so DGIM-Generalsekretär Professor Dr. med. Georg Ertl, der kritisiert, dass die von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) und der Bevölkerung mehrheitlich befürwortete allgemeine Impfpflicht nicht einmal zur Abstimmung stand. Gemeinsam mit der kürzlich wirksam gewordenen Aufhebung der Maskenpflicht in den meisten Bundesländern sende dieses Ergebnis ein fatales Signal in der nach wie vor angespannten Lage der Pandemie, kritisiert die ärztliche Fachgesellschaft. Noch immer seien viele Krankenhäuser gezwungen, Stationen zu schließen, und Erschöpfung, Erkrankungs- und Quarantänefälle bei Mitarbeitenden verschärften die Situation. Die Impfung und das Tragen von FFP2-Masken biete weiterhin den bestmöglichen Schutz gegen eine SARS-CoV-2-Infektion sowie einen schweren COVID-19-Verlauf.

Nach aktuellen Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums sind rund drei Viertel der Deutschen zweifach gegen Corona geimpft, eine Booster-Impfung haben 58 Prozent erhalten. „Die Impfkampagne ist nahezu zum Erliegen gekommen. Dass nun auch die Impfpflicht im Bundestag gescheitert ist, ist ein weiteres schlechtes Zeichen in der aktuellen Pandemie-Politik", kritisiert der DGIM-Generalsekretär und Internist Professor Ertl. Denn im Widerspruch zu den derzeitigen Lockerungen ist die Corona-Lage in Deutschland nach wie vor angespannt: Allein in Kalenderwoche 12 registrierte das Robert Koch-Institut (RKI) bundesweit mehr als 1,5 Millionen Neuinfektionen. „Im letzten Herbst wurde argumentiert, die Impfung helfe in der akuten Welle ja gar nicht mehr. Heute argumentieren dieselben Leute, man solle doch warten, bis die nächste Welle kommt", ärgert sich Ertl. Damit zukünftige Infektionswellen im Herbst und Winter nicht die gleichen fatalen Auswirkungen entfalten wie derzeit, müsse daher die Impfquote deutlich steigen. „Es ist eine Zumutung für die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, sie zur Impfung zu verpflichten, damit sie dann in unermüdlichem Einsatz schwerkranke Ungeimpfte pflegen", sagt der DGIM-Generalsekretär.

Angesichts der nach wie vor angespannten Infektionslage kritisiert auch der DGIM-Vorsitzende, Internist und Intensivmediziner Professor Dr. med. Markus M. Lerch die Aufhebung der Corona-Schutzmaßnahmen: „Ohne

Impfpflicht, ohne Pflicht zum Maske-Tragen und ohne Zugangsbeschränkungen für Ungeimpfte und Ungetestete zu Großveranstaltungen gehen wir einen Weg, der im Missverhältnis zur Situation in vielen Kliniken steht", sagt Lerch, der auch Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor am Klinikum der Universität München (LMU) ist. Noch könnten viele Kliniken ihren Normalbetrieb nicht gewährleisten und müssten Behandlungen verschieben, um die vielen Corona-Patientinnen und -Patienten auf den Intensiv- und vor allem den Normalstationen zu versorgen. „Unsere Patienten und das überarbeitete Personal in Kliniken und Praxen werden die Folgen der aktuellen politischen Entscheidungen ausbaden müssen", so Lerch. **„Die Wissenschaft hat mit der Entwicklung von Impfstoffen und mit studienbasierten Empfehlungen zum Schutz vor Corona geliefert – die Politik in diesem Fall leider nicht."**

Die DGIM fordert die Bevölkerung auf, weiterhin Maske zu tragen, Abstand zu halten und so Neuinfektionen zu verhindern. Die DGIM hat auch für ihren nationalen Kongress, der vom 30. April bis 3. Mai 2022 in Wiesbaden als Hybrid-Tagung stattfand, entsprechende Maßnahmen ergriffen. „Es wird für alle die 2G-Regel und Maskenpflicht gelten. So ermöglichen wir den wissenschaftlichen Austausch in Präsenz und schützen gleichzeitig auch unsere Patientinnen und Patienten", sagt Kongress-Präsident Lerch. „Unter mehreren Tausend Medizinerinnen und Medizinern bei einem Kongress einen Corona-Ausbruch zu riskieren, kommt für uns nicht infrage."

Professor Dr. med. Georg Ertl

Professor Dr. med. Markus M. Lerch

Quelle:
Statement der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), 30.04.2022 Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), 31.03.2022 –Aktualisierter Stand für Deutschland (abgerufen am 7.4.2022: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-03-31.pdf?__blob=publicationFile

Anzeige

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

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

Beatmung mit COPD-Modi

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

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

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

Made in Germany
Angebotsspreis* 2.695,00 €

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

Sauerstoffversorgung

Everflo 615,00 €

Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

- Sauerstoffkonzentratoren 0,1-10 l/min Dauerflow
- SimplyGo bis 2 l/min Dauerflow
- SimplyGo Mini ab 2,3 kg
- Inogen One G5* ab 2,2 kg
- iGO2 Drive Medical 2,2 kg
- Platinum Mobile POCI ab 2,2 kg
- Eclipse 5 bis 2 l/min Dauerflow

Aktion: SimplyGo 2.945,00 € *

Inhalation & Atemtherapie

- Pureneb AEROSONIC+, Kombi-Inhalation mit 100 Hz Schall-Vibration z.B. bei Nasennebenhöhlenentzündung
  - Erhöhte Medikamentendeposition durch vibrierende Schallwellen bei gleichzeitiger Behandlung beider Naseneingänge durch speziellen Nasenaufsatz
  - Nasale Inhalation ohne Gaumen-Schließ-Manöver
  - Für Erwachsene und Kinder

Ideal für die Sinusitis-Therapie
374,50 €

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

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

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

ab 53,30 €

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

Shop-Preis Gelomuc 61,40 € *

Fingerpulsoxymeter OXY 310
29,95 € *

* solange der Vorrat reicht

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

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

Da ist noch Luft nach oben

Impulse für mehr Asthma-Kontrolle

Foto: Gettyimages

Kannst Du Dir das vorstellen? Ein unbeschwerter Spaziergang in der Natur mit Deiner Familie – ohne nachzudenken, ob Steigungen eventuell Atemnot auslösen könnten. Ein entspannter Restaurantbesuch mit Freunden – ohne Planung, ob eventuell Treppen den Abend erschweren könnten. Eine erholsame Nacht – ohne Sorge durch Hustenreiz aufzuwachen. Für Menschen mit Asthma sind diese alltäglichen Dinge leider oft nicht mehr selbstverständlich.

Viele finden sich damit ab, dass manches im Alltag nicht mehr so möglich ist. Gedanken, wie „Das ist so mit Asthma.“ oder „Da kann ich nichts tun.“, kennt so manche/r. Doch das sollte nicht sein. Mit den heutigen Therapiemöglichkeiten und einem aktiven Umgang stehen die Chancen auf ein Leben ohne starke Einschränkungen gut. Jetzt ist Zeit für Veränderung – Schritt für Schritt.

Foto: Gettyimages

„Man muss einfach etwas tun, damit es einem wieder gut geht. So oft hatte ich das Bedürfnis mich zu vergraben, aber es nützt nichts! Man ist selbst für sich verantwortlich und muss aktiv werden. Ich habe seitdem erst das Gefühl, dass ich wieder ein freier Mensch bin.“; berichtet Petra im Interview mit den Asthma-Aktivisten.

Der Startschuss: Asthma-Kontrolle überprüfen

Oftmals sind nicht alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft, die es schaffen könnten, das Asthma unter Kontrolle zu bringen und dafür zu sorgen, dass Beschwerden kaum noch oder auch gar nicht mehr auftreten.

Weißt Du, ob Dein Asthma kontrolliert ist? Fakt ist, dass viele Menschen mit Asthma ihre Asthma-Kontrolle überschätzen. Die Gründe dafür können vielfältig sein. Beschwerden werden hingenommen, ohne mit der behandelnden Lungenfachärztin oder dem behandelnden Lungenfacharzt darüber zu sprechen.

Was tun? Hilfreich für eine Einschätzung der Asthma-Kontrolle ist der Asthma-Selbsttest (siehe Kasten). Das Ergebnis ist eine gute Basis für das nächste Gespräch mit der Lungenfachärztin oder dem Lungenfacharzt. Denn nur, wenn sie oder er über Deine Situation informiert ist, können gegebenenfalls Deine Therapie angepasst und Möglichkeiten für eine bessere Asthma-Kontrolle genutzt werden.

Asthma-Kontrolle: Fakten im Überblick

Definition: Kontrolliertes Asthma beschreibt eine weitgehende Beschwerdefreiheit. Eine regelmäßige Beurteilung ermöglicht dem Arzt die Therapie anzupassen.

Einteilung (abhängig von Beschwerden)
- Gut kontrolliertes Asthma
- Teilweise kontrolliertes Asthma
- Unkontrolliertes Asthma

Einschätzung durch den Asthma-Selbsttest
- Inhalte des Asthma-Selbsttest: Vier kurze Fragen zu Beschwerden tagsüber und nachts, Häufigkeit der Anwendung von Bedarfsmedikamenten und Einschränkungen im Alltag (z. B. Arbeit, Schule, Haushalt)
- Durchführung: beispielsweise auf asthma-aktivisten.de
  Das Ergebnis zeigt an, ob Dein Asthma eventuell unkontrolliert oder teilweise kontrolliert ist. Genau beurteilen wird das dann Deine Lungenfachärztin oder Dein Lungenfacharzt.

Wichtigster Punkt: Regelmäßige Besuche beim Lungenfacharzt bzw. bei der Lungenfachärztin

Asthma ist eine chronische Erkrankung und sollte daher auch immer wieder vom Spezialisten kontrolliert werden. Denn Lungenfunktion und Entzündung der Atemwege können Schwankungen unterliegen. Auch in Zeiten von Corona sollte der regelmäßige Besuch beim Lungenfacharzt oder bei der Lungenfachärztin keinesfalls vernachlässigt werden.

Damit der Termin für Patient/in und Arzt/Ärztin erfolgreich ist, lohnt sich eine gute Vorbereitung. Mach Dir vor dem Termin Gedanken: Was waren meine häufigsten Symptome? Welche Einschränkungen in meinem Alltag sind aufgetreten? Welche Fragen belasten mich? Am besten Alles einmal aufschreiben und die Notizen mitbringen. Mehr Informationen und Checklisten findest Du zur Unterstützung auf asthma-aktivisten.de. Wer noch auf der Suche nach einer Lungenfachärztin oder einem Lungenfacharzt ist, findet auch eine Facharzt-Such-Funktion.

Schritt für Schritt: Wissen über Asthma erweitern

Wenn Du Dich und Dein Asthma gut kennst, kannst Du Dein Leben in die Hand nehmen. Denn je mehr Du über Deine Erkrankung weißt, desto besser weißt Du auch, was Du selbst für Dich tun kannst. So lernst Du mehr über Deine Möglichkeiten und Grenzen. Viele Lungenfachärztinnen und Lungenfachärzte bieten als Basis eine Asthma-Schulung an. Dort lernen Asthma-Patient*innen unter anderem mehr über Auslöser, Atemtechniken und Warnhinweise. Die Deutsche Atemwegsliga bietet auf ihrer Website ein Verzeichnis mit teilnehmenden Praxen (atemwegsliga.de/patientenschulungen). Auch der Austausch in Selbsthilfeorganisationen wie der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. hilft das Wissen zu erweitern. Medizinische Informationen über u. a. Asthma, Ursachen und Asthma-Kontrolle sind auch auf asthma-aktivisten.de unter Medizinwissen zu finden.

Die Asthma-Aktivisten: Ohne Aktivismus keine Veränderung

Die Patienten-Initiative möchte Menschen mit Asthma unterstützen, ihren Alltag aktiv zu gestalten. Auch der Instagram-Kanal @Asthma_Aktivisten bietet dafür Mut-mach-Geschichten und jede Menge Interessantes zum Thema Asthma. Lass Dich inspirieren!

MAT-DE-2201895-1.0-05/2022

Regelung zur wirtschaftlichen Verordnung für Lipidsenker Inclisiran

Foto: AdobeStock / Africa Studio

Der G-BA hat die Verordnungsfähigkeit des neuartigen Lipidsenkers *Inclisiran* (Handelsname: Leqvio) auf bestimmte Patientengruppen beschränkt und damit eine Regelung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise beschlossen. Auslöser war die im Juli 2021 abgeschlossene Nutzenbewertung, bei der ein Zusatznutzen zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt angesehen wurde. Inclisiran ist künftig nur noch bei Patientinnen und Patienten mit heterozygoter Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie bei therapierefraktären Verläufen, bei denen grundsätzlich trotz einer über einen Zeitraum von 12 Monaten dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen lipidsenkenden Therapie (Statine und/oder andere Lipidsenker bei StatinKontraindikation) der LDL-C-Wert nicht ausreichend gesenkt werden kann und daher davon ausgegangen wird, dass die Indikation zur Durchführung einer LDLApherese besteht. Es kommen nur Patienten mit gesicherter vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) sowie regelhaft weiteren Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse (z.B. Diabetes mellitus, Nierenfunktion GFR unter 60 ml/min) infrage sowie Patienten mit gesicherter familiärer heterozygoter Hypercholesterinämie unter Berücksichtigung des Gesamtrisikos familiärer Belastung. Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Inclisiran muss durch Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie oder durch an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätige Fachärzte erfolgen.

Bei allen anderen Patientinnen und Patienten mit erhöhten Blutfettwerten ist das Behandlungsziel mit anderen Lipidsenkern (Statine, Anionenaustauscher, Cholesterinresorptionshemmer) ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen.

Die Wirkung von Inclisiran beruht auf dem neuartigen Therapieprinzip der RNA-Interferenz, einer gentherapeutischen Intervention mittels 6-MonatsSpritze. Dabei greift es über das selbe Enzym wie die monoklonalen Antikörper Alirocumab und Evolocumab (PCSK9) in den LDL-Stoffwechsel ein. Die Jahrestherapiekosten betragen derzeit 5 464 bis 8 058 Euro; die der zweckmäßigen Vergleichstherapie hingegen zwischen 69 bis 2 593 Euro. Die Versorgung von Patienten mit Inclisiran, bei denen als Therapiealternative Lipidsenker in Betracht kommen, würde daher zu einem für Inclisiran vereinbarten Erstattungsbetrag regelmäßig unwirtschaftlich sein (s.a. Verordnungseinschränkungen zu Alirocumab (Handelsname: Pralvent) und Evolocumab (Handelsname: Repatha).

Quelle: Beschluss des G-BA vom 21. Oktober 2021

COPD

Soll ich an einer Schulung teilnehmen?

Die Diagnose COPD wird Sie für die Zukunft begleiten. Es lohnt sich, ihre Ursachen und Auswirkungen gründlich zu verstehen. Denn die Erkrankung verändert den Alltag. Wer sie wirksam behandeln möchte, muss neue Dinge lernen: zum Beispiel, wie man hilfreiche Medikamente richtig inhaliert oder wie man sich im Notfall verhält. In einer Schulung können Sie das und vieles mehr erfahren und praktisch üben.

Was ist eine Patientenschulung?

Eine Patientenschulung ist eine praxisorientierte Hilfe zur Selbsthilfe, die sich speziell an Menschen mit COPD richtet. Sie soll Ihnen helfen, den Alltag mit der Erkrankung selbstständig zu meistern. Auch wichtige Bezugspersonen können auf Wunsch daran teilnehmen. Sie umfasst in der Regel etwa 6 Stunden, die auch auf mehrere Tage verteilt sein können.

Ihnen stehen Fachleute aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen zur Seite. Angeboten werden Schulungen im Rahmen eines Versorgungsprogramms für COPD (kurz: DMP COPD). Wenn Sie an einem solchen Programm teilnehmen, übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten. Falls nicht, fragen Sie Ihre Krankenkasse, ob sie die Kosten übernimmt. Patientenschulungen sind auch fester Bestandteil einer COPD-Rehabilitation.

Was lerne ich in einer Schulung?

Die Schulung vermittelt Ihnen Wissen und, ganz wichtig, praktische Kenntnisse:

- Wie kann ich selbst die Behandlung unterstützen?
- Wie geht es mit dem Rauchen weiter? Muss ich wirklich darauf verzichten?
- Welche Rolle spielt körperliche Aktivität?
- Wie inhaliere ich die Medikamente richtig?
- Was kann ich tun, um plötzliche Verschlechterungen zu erkennen und zu vermeiden?
- Wie verhalte ich mich im Notfall und was ist ein Notfallplan?

Studien zeigen: Schulungen vermitteln nicht nur Wissen und Fähigkeiten. Wer an einer Schulung teilnimmt, hat seltener eine plötzliche Verschlechterung und muss seltener wegen der COPD ins Krankenhaus.

Wie oft besuche ich eine Schulung?

Es ist ganz normal, erlernte Dinge nach einer Weile auch wieder zu vergessen. Deshalb empfehlen Fachleute,

Foto: AdobeStock / Photographee.eu

dass Sie Ihre Kenntnisse und Fertigkeiten immer wieder mal auffrischen: etwa wenn sich Ihre Behandlung verändert oder plötzliche Verschlechterungen eingetreten sind. Sprechen Sie Ihren Arzt oder Ihre Ärztin an, ob und wann eine erneute Teilnahme sinnvoll ist.

Woran erkenne ich eine gute Schulung?

Bei einer guten Schulung stehen die praktischen Fertigkeiten im Vordergrund. Das Schulungspersonal, das Sie betreut, ist dafür eigens ausgebildet. Die Gruppengröße sollte dabei auf etwa 10 Teilnehmende beschränkt sein. Gute Schulungsprogramme sind durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zertifiziert. Fragen Sie in der Arztpraxis nach. Dort kann man Ihnen helfen, ein passendes Angebot zu finden.

Informationen finden Sie auch auf den Seiten der Deutschen Atemwegsliga:

www.atemwegsliga.de/patientenschulungen.html

Empfehlung: Lassen Sie sich von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt eine COPD-Schulung vermitteln. Besprechen Sie gemeinsam in regelmäßigen Abständen, ob für Sie eine Nachschulung sinnvoll ist.

Quelle:
www.patienten-information.de
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
Information für Patientinnen und Patienten
Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien

Renommierter Oskar-Medizinpreis für Verdienste um pneumologische Beatmungsmedizin an Professor Wolfram Windisch

Preisverleihung, anlässlich des diesjährigen DGP-Kongresses in Leipzig

Foto: Mike Auerbach

DGP-Präsident Professor Torsten T. Bauer, Laudator Professor Tobias Welte, Preisträger Professor Wolfram Windisch und Professor Wolfgang Kuhla, Mitglied der Medizinpreis-Jury

Der renommierte Oskar-Medizinpreis über 50.000 Euro geht in diesem Jahr an den stellvertretenden Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Professor Wolfram Windisch. Der Chefarzt der Lungenklinik Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln, sowie Inhaber des Lehrstuhls für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke erhält die Auszeichnung der Stiftung Oskar-Helene-Heim für seine wegweisenden wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema „Pneumologische Beatmungsmedizin". Dazu zählen die Behandlung zahlreicher Erkrankungen der Lunge und der Atemmuskulatur. In der Begründung des Jury-Vorsitzenden Professor Robert Loddenkemper heißt es: Der Preisträger habe sich – gerade auch zur Corona-Pandemie – große Verdienste erworben um die Fortentwicklung der nicht-invasiven Beatmung und ihren gesundheitspolitischen Konsequenzen. Den Oskar-Medizinpreis – einen der höchstdotierten Medizinpreise in Deutschland – hat Professor Wolfram Windisch heute im Rahmen des DGP-Kongresses in Leipzig überreicht bekommen.

„Ich freue mich unglaublich über diese Auszeichnung und fühle mich sehr geehrt, da ich den Oskar-Medizinpreis auch als eine Gesamtauszeichnung meines beruflichen Lebensthemas verstehe", sagt Windisch. Sein Thema, das ist das gesamte Feld der pneumologischen Beatmungsmedizin: von der Sauerstoff-Applikation über die außerklinische nicht-invasive und die invasive Beatmung, die Beatmungsentwöhnung bis hin zur Beatmung auf der Intensivstation. Davon zeugen mehr als 150 wissenschaftliche Originalpublikationen, die Mitarbeit an mehr als 20 Leitlinien, Empfehlungen beziehungsweise Positionspapiere zu allen relevanten Aspekten der Beatmungsmedizin sowie rund 150 weitere Publikationen in Form von Übersichtsartikeln, Buchbeiträgen, Falldarstellungen und wissenschaftlichen Kommentaren. „Allein in den vergangenen drei Jahren erschienen 64 Publikationen inklusive zahlreicher nationaler und inter-

nationaler Empfehlungen, die sich hauptsächlich mit den verschiedenen Formen der respiratorischen Insuffizienz bei COVID-19 sowie der außerklinischen Beatmung befassen", umschreibt Juror Loddenkemper die Leistungen des Preisträgers. „Damit hat sich Wolfram Windisch national und international einen Namen erworben."

Beatmung von Patienten: Wissenschaftliche Argumente gegen ökonomische Interessen

Das mit der Auszeichnung verbundene Preisgeld wird Windisch in zukünftige Forschungsprojekte der pneumologischen Beatmungsmedizin investieren. Deren zentrale Schwerpunkte liegen in der Etablierung von modernen Versorgungsstrukturen in Deutschland, der Verbesserung der individuellen Lebenssituation und Lebensqualität von Patienten sowie der technischen Weiterentwicklung der Beatmungsmedizin. Dies kommt beispielsweise Menschen zugute, die an neuromuskulären Erkrankungen, einem Versagen der Beatmungsentwöhnung oder der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung COPD leiden, welche zumeist auf das Rauchen zurückzuführen ist. „Es ist sehr wichtig, dass wir zukünftig wissenschaftlich basierte Argumente für oder auch gegen bestimmte Behandlungskonzepte und Vorgehensweisen bei der Beatmung von Patienten formulieren können. Nur so können wir sowohl die Unterversorgungen, aber auch Fehlversorgungen und Überversorgungen in Deutschland in der außerklinischen Beatmung vermeiden. Diese würden zwangsläufig entstehen, wenn medizinische Entscheidungsprozesse zunehmend primär ökonomischen Interessen folgen", sagt Windisch.

Persönlicher Antrieb für Wolfram Windisch: Passion, Neugierde und Leidenschaft

Übergeben wurde der Oskar-Medizinpreis der Stiftung Oskar-Helene-Heim von Professor Wolfgang Kuhla, Vorsitzender des Stiftungskuratoriums und Mitglied der Medizinpreis-Jury. In der Laudatio von Professor Tobias Welte, Direktor der Klinik für Pneumologie an der Medizinischen Hochschule Hannover, heißt es: „Der Oskar-Medizinpreis würdigt herausragende wissenschaftliche Leistungen und unterstützt die Forschung, für die der jeweilige Preisträger steht. Der Preis unterstützt jedoch auch Persönlichkeiten, Menschen, für die eine medizinische Fragestellung zur Passion geworden ist, die neugierig sind auf neue Erkenntnisse, und dies immer mit Blick auf den kranken Menschen und dessen Leiden. Diese Passion, Neugierde und Leidenschaft haben Wolfram Windisch bis heute angetrieben. Wenige haben einen solchen prestigeträchtigen Preis so verdient wie er."

Leistungen würdigen, Forschungen unterstützen: Der Oskar-Medizinpreis

Die Berliner Stiftung des bürgerlichen Rechts Oskar-Helene-Heim fördert die Wissenschaft und Forschung auf verschiedenen Gebieten der Medizin. Im Rahmen einer besonderen Fördermaßnahme verleiht die Stiftung jährlich den mit 50.000 Euro dotierten Oskar-Medizinpreis, einen der höchstdotierten Medizinpreise in Deutschland. Mit diesem Medizinpreis werden 2022 hervorragende Leistungen gewürdigt und die Weiterführung von Forschungen unterstützt, die sich auf dem Gebiet der Pneumologie mit pneumologischer Beatmungsmedizin befassen.

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) hat sich als wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft darauf spezialisiert, die Prävention, Diagnostik sowie Therapie von Atemwegs- und Lungenerkrankungen zu verbessern. Lange stand dabei die Tuberkulose im Vordergrund, seit den 1960er-Jahren haben Volkskrankheiten wie Asthma, die dauerhaft atemwegsverengende Lungenerkrankung COPD, Lungenentzündung und Lungenkrebs die Pneumologie zu einem der großen Schwerpunktfächer der Inneren Medizin gemacht.

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

Die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Um den mehr als 70 Millionen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen bei Entscheidungsprozessen des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Stimme zu geben, wurde am 1. Januar 2004 die Patientenvertretung ins Leben gerufen.

Wie werde ich als Patientenvertreter*in unterstützt?

Die Arbeit in der Patientenvertretung klingt für viele engagierte Menschen erst einmal interessant. Ihr stellt euch aber vielleicht die Frage, welche Unterstützungsangebote es für Patientenvertreter*innen gibt? Wie wird man den neuen Aufgaben gerecht? Werden die anfallenden Kosten, wie z.B. für die Anreise und den Verdienstausfall bezahlt?

Zur Unterstützung der Patientenvertretung wurde 2008 die Stabstelle Patientenbeteiligung eingeführt. Zu ihren Aufgaben zählen die Organisation von Abstimmungstreffen, die Vorbereitung von Anträgen und Beratung der Patientenvertreter*innen. Eine weitere wichtige Aufgabe sind Schulungen und Fortbildungen von Patientenvertreter*innen. Hier werden methodisches und fachliches Wissen vermittelt und die Strukturen und Verfahren des G-BA nähergebracht.

Patientenvertreter*innen nehmen an Präsenzsitzungen und Vorbesprechungen teil. Hierfür müssen sie Zeit aufwenden und es fallen Reisekosten an. Damit der Zugang zur Patientenvertretung möglichst vielen Menschen ermöglicht wird, werden die Reisekosten durch den G-BA erstattet. Ebenfalls gibt es einen Ersatz für einen möglichen Verdienstausfall sowie eine Aufwandsentschädigung.

Schlussendlich unterstützen sich die Patientenvertreter* innen auch gegenseitig durch ein gutes kollegiales Miteinander. Gerade neue Mitglieder können von den Erfahrungen und dem Wissensfundus in der Patientenvertretung profitieren und werden nicht allein gelassen.

Wer wir sind

Die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Um den mehr als 70 Millionen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen bei Entscheidungsprozessen des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Stimme zu geben, wurde am 1. Januar 2004 die Patientenvertretung auf Basis des § 140f Absatz 2 SGB V ins Leben gerufen. Die Stabsstelle Patientenbeteiligung beim G-BA unterstützt die Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter bei der Wahrnehmung ihres Antrags- und Mitberatungsrechts organisatorisch und inhaltlich.

Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter beim G-BA

Wir reden mit

Insgesamt nehmen aktuell rund 300 Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter aktiv das Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wahr. Sie werden dafür von den maßgeblich anerkannten Patienten – und Selbsthilfeorganisationen als sachkundige Person einvernehmlich benannt. Der gesetzliche Auftrag findet sich in § 140f SGB V.

Es gibt *ständige* und *themenbezogene* Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter.

Die Benennung erfolgt jeweils für ein bestimmtes Gremium, zum Beispiel den Unterausschuss Psychotherapie. Doch die Mehrzahl der Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter wird für mehrere Beschluss- oder Arbeitsgremien des G-BA benannt. Dies liegt vor allem daran, dass die Betroffenheit und Sachkunde der Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter vor dem Hintergrund einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung erwächst, während sich die Gremien- und Beratungsstruktur im G-BA nach den gesetzlichen Regelungsaufgaben richtet.

Themenbezogene Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter nehmen teilweise nur an einzelnen Sitzungen teil. Beispielsweise kann eine Benennung für einen Unterausschuss, für ein bestimmtes Sitzungsdatum und dort zum Beispiel nur für einen Tagesordnungspunkt zum Thema „Diabetes“ erfolgen. Zu dieser Sitzung kann dann die Patientenvertreterin oder der Patientenvertreter Positionen zu dem Thema in die Beratung einbringen.

Wer darf die Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter im G-BA benennen?

Die vier nach § 140g SGB V und der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sind berechtigt, die sachkundigen Personen (Patientenvertreterin bzw. Patientenvertreter) zur Mitwirkung im G-BA zu benennen. Die Benennung muss dabei einvernehmlich erfolgen. Dieses Einvernehmen stellen die maßgeblichen Organisationen üblicherweise in der Sitzung des Koordinierungsausschusses her, der einmal monatlich tagt.

Welche Kriterien müssen die Personen erfüllen, die benannt werden sollen?

Für die Entscheidung, wer bzw. wie benannt wird, haben sich die maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen auf Benennungskriterien verständigt, die sich zum einen auf die sachkundige Person selbst, zum anderen auf die entsendende Organisation beziehen. Anliegen ist es, die Patientenbeteiligung im G-BA möglichst effektiv, transparent und vor allem frei von Interessenkollisionen zu gestalten.

Die Kriterien für die Benennung sachkundiger Personen zur Wahrnehmung der Mitberatungsrechte nach § 140f SGB V finden Sie hier: Benennungskriterien für PatV (https://patientenvertretung.g-ba.de/media/dokumente/benennungskriterien-fuer-patv.pdf)

Wie viele Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter dürfen in die Gremien des G-BA benannt werden?

Die maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen können in jedes Gremium des G-BA Patientenvertreter und Patientenvertreterinnen benennen. Die Anzahl soll dabei nicht höher sein als die Anzahl der Personen, die von Krankenkassen in ein G-BA-Gremium entsendet werden (§ 140f Absatz 2 Satz 3 SGB V). Für *das Beschlussgremium des G-BA, das Plenum*, begrenzt die Geschäftsordnung des G-BA die Anzahl auf maximal zehn, für *die Unterausschüsse* auf maximal 12 Personen.

Sprecherinnen und Sprecher der Patientenvertretung beim G-BA

Sprecher des Koordinierungsausschusses der Patientenvertretung:

- Dr. Martin Danner (DBR/BAG SELBSTHILFE)

Stellvertretende Sprecherin:

- Karin Stötzner (DAG SHG)

Sprecherinnen und Sprecher der Patientenvertretung in den Unterausschüssen

So wie die anderen Beteiligten im G-BA benennt auch die Patientenvertretung für jeden Unterausschuss einen Sprecher oder eine Sprecherin. Sie werden von den Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern des jeweiligen Unterausschusses gemeinsam und einheitlich benannt. Eine entsprechende Regelung findet sich in der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Sprecher fungieren als Ansprechpartner für den Vorsitzenden oder die Vorsitzende eines Unterausschusses. Dies kann zum Beispiel wichtig sein, um Positionierungen in einem Verfahren abzuklären. Sie sind aber auch Ansprechpartner für Fragen der benannten Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter und koordinieren Abstimmungsprozesse innerhalb der Patientenvertretung.

Derzeit gibt es folgende *Sprecherinnen* und *Sprecher der Patientenvertretung in den G-BA Unterausschüssen:*

- Gregor Bornes (BAG P), Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung
- Dr. Frank Brunsmann (DBR/Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen e. V. - ACHSE), Cordula Mühr (Sozialverband Deutschland Bundesverband e.V. - SoVD), Sprecher und Sprecherin im Unterausschuss Qualitätssicherung (alternierend)
- Ursula Faubel (DBR/Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.), Sprecherin der Patientenvertretung im Unterausschuss Bedarfsplanung
- Sabine Eis (DBR/ Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.), Sprecherin der Patientenvertretung im Unterausschuss Disease-Management-Programme
- Dr. Ulrike Holtkamp (Deutsche Leukämie- und Lymphomhilfe), Sprecherin der Patientenvertretung im Unterausschuss Methodenbewertung
- Jürgen Matzat (DAG SHG), Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Psychotherapie
- Tobias Hillmer (DBR/ Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung - DCCV - e.V.), Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Ambulante

Spezialfachärztliche Versorgung
- Marion Rink (DBR/Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.), Sprecherin der Patientenvertretung im Unterausschuss Veranlasste Leistungen
- Florian Innig (DBR/BKMF), Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Arzneimittel

Maßgebliche Patientenorganisationen

Die Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland vertreten, haben im G-BA ein Mitberatungs- und Antragsrecht. Sie haben aber kein Stimmrecht. Darüber hinaus sind sie berechtigt, Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter zur Mitwirkung im G-BA zu benennen.

Die maßgeblichen Organisationen sind
- der Deutsche Behindertenrat (DBR),
- die BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP),
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. und
- der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V..

Sie bilden mit den in ihnen vertretenen Mitgliedern die Vielschichtigkeit der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen ab. Diese maßgeblichen Organisationen treffen die Entscheidung über die Benennung einvernehmlich im Koordinierungsausschuss der Patientenvertretung.

Kriterien, nach denen die Anerkennung der vier Patienten- und Selbsthilfeorganisationen erfolgte

In § 1 Patientenbeteiligungsverordnung sind die Voraussetzungen festgelegt, die eine Organisation für eine Anerkennung nach § 140f SGB V erfüllen muss. Die Aufzählung ist dem Anerkennungsverfahren in § 13 Abs. 3 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) zum Verbandsklagerecht nachgebildet. Zusätzlich wird zum einen verlangt, dass die innere Ordnung der Organisation demokratischen Grundsätzen entspricht. Zum anderen muss die Organisation durch die Offenlegung ihrer Finanzierung nachweisen können, dass sie neutral und unabhängig, d. h. ohne die Einflussnahme von Fremdinteressen, arbeitet.

In der Patientenbeteiligungsverordnung wurden die vier oben genannten Patienten- und Selbsthilfeorganisationen anerkannt. Der G-BA kann beim Bundesministerium für Gesundheit eine Überprüfung der Organisationen erbitten, wenn berechtigte Zweifel bestehen, ob diese die festgelegten Anforderungen noch erfüllen.

Auf Antrag kann das Bundesministerium für Gesundheit weitere Organisationen, die nicht Mitglied in den bereits anerkannten Organisationen sind, als maßgebliche Patienten- oder Selbsthilfeorganisation anerkennen. Voraussetzung ist, dass die antragstellende Organisation die in der Patientenbeteiligungsverordnung aufgeführten Anforderungen nachweislich erfüllt.

Koordinierungsausschuss der Patientenvertretung

Die maßgeblichen Organisationen treffen die zur Wahrnehmung ihrer gemeinsamen Aufgaben nach § 140f SGB V erforderlichen Entscheidungen im Koordinierungsausschuss der Patientenvertretung. So wird insbesondere einvernehmlich über die Akkreditierung und Benennung von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern in diesem Gremium entschieden.

Mitglieder des Koordinierungsausschusses sind Vertreterinnen und Vertreter der maßgeblichen Patientenorganisationen. Die Sprecherinnen und Sprecher der Patientenvertretung in den Unterausschüssen des G-BA sowie Mitarbeiterinnen der Stabsstelle Patientenbeteiligung beim G-BA nehmen ebenfalls an den Sitzungen teil.

Der Koordinierungsausschuss wählt aus seinem Kreis eine Sprecherin oder einen Sprecher sowie eine stellvertretende Sprecherin bzw. einen stellvertretenden Sprecher.

Folgende Personen gehören derzeit dem Koordinierungsausschuss an:

Sprecher des Koordinierungsausschusses der Patientenvertretung:
- Dr. Martin Danner (DBR/BAG SELBSTHILFE)

Stellvertretende Sprecherin:
- Karin Stötzner (DAG SHG)

Für den Deutschen Behindertenrat
- Prof. Dr. Ingo Heberlein (DBR/Sozialverband Deutschland), Stellvertretung: Florian Schönberg (DBR/Sozialverband Deutschland)
- Dr. Ines Verspohl (DBR/Sozialverband VdK), Stellvertretung: Frank Weniger (DBR/Sozialverband VdK)
- Dr. Martin Danner (DBR/BAG SELBSTHILFE), Stellvertretung: Dr. Siiri Ann Doka (DBR/BAG SELBSTHILFE)
- Hannelore Loskill (DBR/BAG SELBSTHILFE), Stellvertretung: Marion Rink (DBR/BAG SELBSTHILFE)
- Thomas Koritz (DBR/ Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.), Stellvertretung: Kristian Röttger (DBR/Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.)

- Gerlinde Bendzuck (DBR/Forum Chronisch Kranker im DPWV), Stellvertretung: Anne Linneweber (DBR/ Der Paritätische Gesamtverband, Ständiger Gast)

Für die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen

- Gregor Bornes (BAG P, Sprecher der Patientenvertretung im G-BA-Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung), Stellvertretung: Peter Friemelt (BAG P)

Stabsstelle Patientenbeteiligung des G-BA

Die Stabsstelle Patientenbeteiligung im G-BA unterstützt seit 2008 ausschließlich die Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter bei ihrer meist ehrenamtlichen Arbeit im G-BA. Da die maßgeblichen Patientenorganisationen und ihre Mitgliedsorganisationen in der Regel nicht über eigene hauptamtliche Kapazitäten verfügen, sieht das Gesetz vor, dass der G-BA diese Unterstützung leistet (§ 140f Absatz 6 SGB V).

Die Stabsstelle Patientenbeteiligung organisiert zahlreiche Fortbildungen, Schulungen sowie Fachkonferenzen zu Themenbereichen wie Arzneimittel- und Methodenbewertung, Qualitätssicherungsverfahren, Bedarfsplanung oder zu Grundsatzfragen der evidenzbasierten Medizin. Dadurch können sich die Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter mit den Strukturen und dem Verfahren des G-BA vertraut machen und ihren Einfluss stärken.

Darüber hinaus unterstützt die Stabsstelle Patientenbeteiligung die maßgeblichen Patientenorganisationen sowie die Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter auch inhaltlich bei der Ausübung des Mitberatungs- und Antragsrechts im G-BA durch methodische, medizinische und rechtliche Beratung und Zuarbeit. Bei Bedarf wird zudem die relevante Fachliteratur zur Verfügung gestellt.

Kontakt

Eine Kontaktaufnahme ist über die als maßgeblich anerkannten Patienten- und Selbsthilfegruppen möglich:

1. Deutscher Behindertenrat
   (c/o BAG Selbsthilfe e. V.,
   Kirchfeldstraße 149 in 40215 Düsseldorf,
   www.deutscher-behindertenrat.de)
2. Bundesarbeitsgemeinschaft
   der PatientInnenstellen
   (c/o Gesundheitsladen München e.V.,
   Astallerstr. 14, 80339 München, www.bagp.de)
3. Deutsche Arbeitsgemeinschaft
   Selbsthilfegruppen e. V.
   (c/o NAKOS, Otto-Suhr-Allee 115 in 10585 Berlin,
   www.dag-shg.de)
4 Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.
   (Markgrafenstraße 66 in 10969 Berlin,
   www.vzbv.de)

Die genannten Organisationen haben ein gemeinsames Gremium gebildet, das die Arbeit der Patientenvertretung koordiniert. Stimmberechtigte Mitglieder des Koordinierungsausschusses sind Vertreterinnen und Vertreter der maßgeblichen Patientenorganisationen.

Sprecherinnen und Sprecher der Patientenvertretung in den Unterausschüssen des G-BA sowie die Mitarbeiterinnen der Stabsstelle Patientenbeteiligung beim G-BA nehmen ebenfalls an den Sitzungen des Koordinierungsausschusses teil.

Die Webseite patientenvertretung.g-ba. ist ein weiteres Instrument zur Unterstützung der Arbeit der Patientenvertretung im G-BA.

Anmerkung:

Als jahrelanges, stimmberechtigtes Mitglied im Koordinierungsausschuss der Patientenvertretung im G-BA, sowie in mehreren Unterausschüssen und AGs des G-BA und Mitautor Nationaler Versorgungsleitlinien (NVL) zur COPD und dem Asthma bronchiale kann ich eine Mitarbeit in diesen Gremien für interessierte und einsatzbereite Patienten mit Sach- und Fachkunde nur positiv befürworten.

Allerdings bedeutet dies viel persönlichen Einsatz bei oft einer Vielzahl an Sitzungen und das häufig sehr kurzfristige Durcharbeiten umfangreicher per Mail zugeschickter Unterlagen. In den Gremiensitzungen ist das hartnäckige Vertreten von Positionen betroffener Patienten teilweise als „Einzelkämpfer" gegenüber den hauptamtlichen Referenten der gesetzlichen Krankenkassen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Geschäftsstelle des G-BA erforderlich. Dazu ist eine hohe Selbstmotivation bei gleichzeitiger starker Frustrationstoleranz erforderlich. Es geht hier um medizinische, sozialrechtliche und kostenrelevante Sachverhalte. Letztendlich bedeutet es „das Bohren sehr dicker Bretter".

Dr. Michael Köhler

Das „Nationale Gesundheitsportal“ (BMG)

eine Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit

Foto: AdobeStock / Photographee.eu

Das „Nationale Gesundheitsportal“ soll Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland eine verständliche und neutrale Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen bieten und im Rahmen des staatlichen Informationsauftrags eine verlässliche Anlaufstelle sein. Hier werden wichtige Informationen zu Gesundheitsthemen, Krankheitsbildern und Behandlungsmöglichkeiten bereitgestellt, die auf soliden und verlässlichen Quellen beruhen.

Ein erster Artikel zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe ist seit kurzem im Nationalen Gesundheitsportal unter folgendem Link verfügbar: https://gesund.bund.de/selbsthilfe. Aktuell wird ein Erklärvideo erstellt.

Die Selbsthilfe auf einen Blick

- Selbsthilfe kann dazu beitragen, einen selbstbestimmten Umgang mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und seelischen Konflikten zu erlernen und die eigene Lebensqualität zu verbessern.
- Eine Selbsthilfegruppe gibt emotionale Unterstützung und ermöglicht einen besseren Zugang zu gesicherten Informationen.
- Auch Angehörige sowie Freundinnen und Freunde organisieren sich in Selbsthilfegruppen.
- Neben Treffen vor Ort gibt es häufig auch die Möglichkeit, sich über digitale Medien auszutauschen.
- Selbsthilfeorganisationen vertreten die Interessen von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sowie ihre Angehörigen in Politik und wichtigen gesellschaftlichen Gremien.

Was ist gesundheitliche Selbsthilfe?

Selbsthilfe gibt es in vielen Lebensbereichen. Die Selbsthilfe im Bereich Gesundheit kann dazu beitragen, den Umgang mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und Suchtproblemen zu erleichtern und die persönliche Lebensqualität zu verbessern.

Dafür kommen Menschen mit den gleichen gesundheitlichen und seelischen Problemen in Selbsthilfegruppen zusammen, um diese gemeinsam anzugehen, sich gegenseitig zu unterstützen und zu motivieren.

Die Vielfalt dieser Selbsthilfegruppen ist groß. Interessierte finden zu fast jeder körperlichen oder psychischen Erkrankung, Behinderung oder in seelischen Konfliktsituationen eine Selbsthilfegruppe. Rund 100.000 Gruppen gibt es derzeit in Deutschland (Stand: 2022). Darunter sind auch viele Angebote zu den mehreren tausend seltenen Erkrankungen und für ihre Angehörige. Viele dieser Gruppen haben sich zu größeren Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen. Diese bieten darüber hinaus vielfältige Unterstützungs- und Beratungsangebote – auch für Ratsuchende außerhalb der Selbsthilfe. Wichtig ist auch ihr Engagement auf der Ebene der Entscheider wie dem Gemeinsamen Bundesausschus (G-BA).

Selbsthilfe kann keine ärztliche oder therapeutische Behandlung ersetzen, sie aber wirksam begleiten. Daher ist die Selbsthilfe als wichtiger Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens anerkannt. Ihre Arbeit wird von den gesetzlichen Krankenkassen und der öffentlichen Hand gefördert.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 73 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden.

Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung nehmen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter an den Beratungen des G-BA mitberatend teil und haben ein Antragsrecht.

Wie unterstützt die Selbsthilfe?

Die emotionale Unterstützung, der Erfahrungsaustausch und das Verständnis füreinander unter den Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe sind für viele Betroffene oft sehr hilfreich. Ziel ist der selbstbestimmte Umgang mit der Erkrankung, Behinderung oder seelischen Belastungen.

Aktive Selbsthilfe kann helfen, Strategien zur Krankheitsbewältigung zu entwickeln, den täglichen Alltag und soziale Bedürfnisse nach eigenen Wünschen zu gestalten und emotionale Belastungen zu bewältigen. Menschen mit Suchtproblemen hilft z. B. die Gemeinschaftserfahrung und der Austausch über die eigene Sucht und ihre Bewältigung für ein suchtfreies und abstinentes Leben.

Wie die Treffen und Angebote einer Selbsthilfegruppe ausgerichtet sind, entscheiden die Mitglieder selbst nach ihren eigenen Bedürfnissen.

Möglich sind beispielsweise

- regelmäßige Treffen, Vereinssitzungen oder „Stammtische“
- gemeinsame Ausflüge und Reisen
- Sportprogramme, körperliche Übungen und Achtsamkeitstraining
- Infoveranstaltungen zum Krankheitsbild
- Sprechstunden und Beratungsangebote

Neben diesen persönlichen Treffen sind auch andere Formen des Austauschs und der Beratung möglich. Viele Selbsthilfeorganisationen bieten Telefon- oder Online-Beratungen, Internet-Foren, Newsletter, Broschüren oder Zeitschriften, Internetauftritte und sind in sozialen Medien wie Facebook oder YouTube aktiv.

Allgemein gilt:

- Die Mitglieder bestimmen selbst und frei, welche Ziele und Inhalte die Gruppe verfolgt, wie sie diese erreichen möchten und wie oft sich die Mitglieder treffen. Eine fachliche Information beispielsweise durch Ärztinnen oder Ärzte wird oft angestrebt. Die meisten Selbsthilfegruppen wählen dabei aus ihrem Kreis meist eine Leitung.
- Viele Selbsthilfegruppen sind auch für spontan Interessierte offen, ohne dass diese direkt Mitglieder sein müssen.
- Selbsthilfegruppen bieten einen geschützten Raum, in dem alles absolut vertraulich behandelt wird. Bei der Selbsthilfe kann man offen von sich und seinen Problemen erzählen und tauscht sich mit Anderen mit gleichen Problemen aus.
- Themeneinschränkungen gibt es dabei nicht. Es geht so von psychischen und sozialen Aspekte einer Erkrankung über das gemeinsame Aufwachsen von Geschwisterkindern, den Schulalltag, die Ausbildung, bis zum Studium und dem Berufsleben oder zur Familienplanung oder dem Alleinsein.

Mehr Informationen zur Tätigkeit und der Organisation von Selbsthilfegruppen finden sich unter anderem auf der Website der BAG Selbsthilfe und der NAKOS.

Persönliche Gesundheitskompetenz

Eine wichtige Voraussetzung für einen informierten und selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Erkrankung oder Behinderung ist die breite Kenntnis zur persönlichen Erkrankung und den Behandlungsmöglichkeiten, zu den Rechten als Patient und die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung.

Häufig kommen nach dem Arztbesuch weitere Fragen zur eigenen Erkrankung oder Behinderung auf. Selbsthilfeorganisationen (SHO) wissen, wo korrekte und auch verständliche Informationen zu finden sind, sie kennen Expertinnen und Experten oder organisieren selbst Veranstaltungen oder Treffen mit Fachleuten. Sie können meist passende Angebote, Therapeutinnen und Therapeuten oder andere Ansprechpersonen in der Nähe empfehlen.

Wie ist die Selbsthilfe organisiert?

Die gesundheitliche Selbsthilfe in Deutschland ist unterschiedlich stark in Strukturen organisiert.

Auch zum Gesundheits- und Sozialsystem in Deutschland können sie beraten oder wissen, wo man fachliche Hilfe oder rechtliche Auskunft erhalten können.

Weitere Informationen auf folgenden Webseiten:
1. www.gesund.bund.de
2. www.bag-selbsthilfe.de
3. www.nakos.de

Wichtig zu wissen:
Es existieren viele Angebote, beispielsweise in Social Media, die sich Selbsthilfe nennen, aber nicht von Selbsthilfeorganisationen angeboten werden. Häufig sind diese datenschutzrechtlich und fachlich unsicher.

P.S.: Die meisten Menschen arbeiten ehrenamtlich für die Selbsthilfe. Das heißt, sie bekommen kein Gehalt oder ausschließlich geringe Aufwandsentschädigungen.

Quellen: Nationales Gesundheitsportal
https://gesund.bund.de/selbsthilfe#kontakt

Anzeige

MEIN KREBSRATGEBER

www.krebsratgeber.de

Ihr persönlicher Begleiter in allen Phasen der Krebserkrankung

Informationsportal für Patienten und Angehörige: Mit der Diagnose „Krebs" gehen viele Ängste und Sorgen einher. Betroffene und ihre Angehörigen haben meist viele Fragen. MEIN KREBSRATGEBER soll ein ganz persönlicher Begleiter sein, der Sie in allen Phasen der Erkrankung mit Informationen und Hilfestellungen unterstützt. Jede Krebserkrankung und jede Therapie verläuft anders und auch jede Lebenssituation ist individuell. Auf **www.krebsratgeber.de** finden Sie wertvolle Informationen zum Umgang mit der Erkrankung.

Individuelle Informationen, die Sie unterstützen

Janssen-Cilag GmbH
www.janssen.com/germany

Janssen Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

EM-27739

Weltblutspendetag am 14. Juni

„Jede Spende zählt und kann bis zu drei Leben retten“

Foto: AdobeStock / Yakobchuk Olena

Erhebliche Engpässe bei Blutspenden

Derzeit kommt es in der Versorgung mit Blutprodukten zu erheblichen Engpässen. Die Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e.V. (DGTI) ruft zum Weltblutspendetag am 14. Juni 2022 zu regelmäßigen Blutspenden auf. Derzeit spenden - aufgrund von Ferien und dem Wegfall der coronabedingten Einschränkungen bei Reisen - zu wenige Menschen Blut. Gleichzeitig steigt aber der Bedarf an Blutprodukten, weil z. B. Operationen nachgeholt werden, die pandemiebedingt verschoben werden mußten. Die ärztliche Fachgesellschaft klärt auf, wer Blut spenden darf und wie eine Blutspende abläuft.

Jedes Jahr um Pfingsten gehen die Blutspenden zurück. „In diesem Jahr ist die Knappheit allerdings besonders ausgeprägt“, betont **Professor Dr. med. Hubert Schrezenmeier**, 1. Vorsitzender der ärztlichen Fachgesellschaft. Den erheblichen Rückgang führt der Arzt in diesem Jahr auf mehrere Faktoren zurück: „Die Ferienzeit, Feiertage und das schöne Wetter führen dazu, dass Menschen eher anderen Freizeitaktivitäten nachgehen, als Blut spenden zu gehen. Vor allem aber wirkt sich der Wegfall der Corona-Einschränken aus, da die Menschen jetzt wieder mehr reisen (9 € Ticket) oder ihren Hobbys nachgehen, die in den letzten beiden Jahren nicht möglich waren“, so der Leiter des Instituts für Transfusionsmedizin am Universitätsklinikum Ulm ist. „Die daraus entstehende Knappheit bei Blutprodukten ist gerade jetzt besonders kritisch, da in den Kliniken aktuell viele Operationen nachgeholt werden. Auch die Rückkehr vieler Freizeitsportler führe zu mehr Unfällen – ein weiterer Aspekt, warum mehr Blutprodukte gebraucht werden.

Allen Spenderinnen und Spendern, besonders denjenigen, die auch in den letzten zwei Jahren während der Corona-Pandemie regelmäßig weiter gespendet haben, danken wir sehr. Der Weltblutspendetag am 14. Juni gilt als Erinnerung, wie wichtig die Versorgung aller Patienten mit Blutprodukten ist. „Jede Spende zählt und kann Leben retten“, so der Experte. „Egal ob bei der Versorgung von Schwerverletzten, bei Operationen oder bei der Therapie von Erkrankungen wie Krebs – brauchen wir Blutprodukte, die aus den Blutspenden von Menschen gewonnen werden“, betont der Transfusionsmediziner.

Die **Vollblutspenden** werden in unterschiedliche Blutkomponenten aufgetrennt. So entstehen *Erythrozytenkonzentrate*, die überwiegend aus den roten *Blutkörperchen* bestehen und die bei akutem Blutverlust verabreicht werden. Außerdem werden *Thrombozytenkonzentrate* gewonnen, die aus *Blutplättchen* bestehen und die für die natürliche Blutgerinnung gebraucht werden. Diese Blutplättchenkonzentrate können aber nur vier Tage lang verabreicht werden – ein wichtiger Grund, warum regelmäßige Blutspenden so wichtig sind. Eine weitere Blutkomponente ist das *therapeutische Plasma*, das unter

anderem bei der Behandlung von Immunerkrankungen zum Einsatz kommt. „Eine Vollblutspende ist so Grundlage zur Herstellung von bis zu drei Blutprodukten, die zur Versorgung mehrerer Patientinnen und Patienten beitragen“. „Kurz gesagt: Man kann mit einer Blutspende bis zu drei Leben retten“, betont Schrezenmeier.

Wer eignet sich als Blutspender?

Grundsätzlich können *alle Menschen*, die *volljährig* und *nicht älter als 73 Jahre* sind, sich gesund und fit fühlen und mindestens 50 Kilogramm wiegen, Blut spenden. *Erstspendende* sollten nicht älter als 65 Jahre sein. Auch ältere Menschen können spenden, sofern sie gesund sind und keine Medikamente regelmäßig einnehmen. Bei ihnen erfolgt in den Blutspendediensten eine individuell ärztliche Beurteilung. Blutspendende sollten ihren Personalausweis oder, sofern schon vorhanden, ihren Blutspenderausweis zum Termin mitbringen und vorher ausreichend essen und trinken, um Kreislaufproblemen vorzubeugen.

Dabei hilft ein *Fragebogen*. „Die Teilnahme an einer Blutspende hat für die Spenderinnen und Spender auch den Vorteil, dass sie danach ihre *eigene Blutgruppe kennen*. Ist man selbst im Notfall auf eine Bluttransfusion angewiesen, hilft das schneller das passende Blutprodukt auszuwählen.

Wie oft darf Blut gespendet werden?

Männer dürfen innerhalb von 12 Monaten bis zu sechs Vollblutspenden leisten, *Frauen* bis zu vier. Der *Abstand* zwischen den Blutspenden muss mindestens 56 Tage betragen, damit der Körper Zeit hat, den Blutverlust wieder auszugleichen. „Menschen können aber nicht beliebig oft Blut spenden. Dies begründet, dass möglichst viele Menschen regelmäßig Blut spenden.

Quelle:
Pressemittelung zum Weltblutspendetag am 14. Juni Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e.V. (DGTI)

Professor Dr. med. Hubert Schrezenmeier,
1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e.V. (DGTI)

Anzeige

KOMPETENZ IN SACHEN SAUERSTOFF

Auch in Ihrer Nähe immer gut O_2 versorgt.

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

www.gti-medicare.de

Pflegende Angehörige in Not

Foto: AdobeStock / galitskaya

Die schwierige Lage in der ambulanten Pflegeversorgung führt immer öfter dazu, dass pflegende Angehörige und Betroffene mit dem Rücken an der Wand stehen, sie haben keine Kraft mehr und sind deshalb auf rasche Hilfe und tatkräftige Unterstützung angewiesen.

Mehrere Familien mit schwerstpflegebedürftigen und behinderten Personen sind in letzter Zeit in eine existenzielle Notlage geraten, weil ambulante Pflegedienste kurzfristig gekündigt haben. Gründe hierfür waren lange Anfahrtszeiten zum Einsatzort, Personalmangel und wirtschaftliche Schwierigkeiten. So ist es einer Familie mit einem schwerstbehinderten Sohn nach Schädelhirntrauma und zwei weiteren Betroffenen mit ambulantem Intensivpflegebedarf mit Beatmung wegen Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) und Querschnittslähmung ergangen. Über 40 ambulante Pflegedienste, die regionalen Pflegestützpunkte, die Pflegeversicherung und der Landrat wussten keine Abhilfe. Eine Verlegung in ein Pflegeheim kam wegen Platznot und höherer finanzieller Eigenbeteiligung nicht in Frage. Die Betroffenen wurden in ihrer Notsituation alleingelassen. Pflegende Angehörige und in Not geratene Familien können sich zwar beim Landespflege- und Landesbehindertenbeauftragten beschweren. Oft aber stehen sie mit dem Rücken an der Wand, haben keine Kraft mehr und sind deshalb auf rasche Hilfe und tatkräftige Unterstützung angewiesen.

Wie kann das angehen? Ist häuslich-ambulante Pflege zum „Privatvergnügen" mit hohen existenziellen Risiken geworden?

Ambulante Pflege – kein „Privatvergnügen"

Zu diesen Fragen hat auf Initiative des Vereins Neuro-Netzwerk Weser-Ems e.V. schon Anfang dieses Jahres ein Erfahrungsaustausch mit Fachdiensten und Pflegestützpunkten des Landkreises Friesland und der Stadt Oldenburg stattgefunden. Zuständigkeiten und Aufgaben konnten nicht geklärt und rasche Lösungsmöglichkeiten nicht gefunden werden. Aber es wurde geklärt: Während ambulante Pflegedienste für die Durchführung der pflegerischen Leistungen verantwortlich sind, tragen Pflegekassen die Verantwortung für Verträge mit genügend ambulanten Pflegediensten. Für die Sicherstellung der pflegerischen Gesamtversorgung als Teil der Daseinsvorsorge sind gesetzlich Länder, Kommunen, Pflegestützpunkte, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Medizinischer Dienst gemeinsam verantwortlich. Gemeinsam sind sie zum Ausbau entsprechender Strukturen und zur Zusammenarbeit verpflichtet. Hier besteht ein hoher Handlungsbedarf!

Pflegestützpunkte könnten mit einem *Springerpool* aus ehemaligen und ehrenamtlichen Pflegekräften schnell Abhilfe schaffen. Springerpools wurden jedoch vor Jahren aus Kostengründen eingestellt und sind beim heutigen Pflegfachkräftemangel kaum zu realisieren. Innovative Strukturen können vom Land gefördert werden. Die Umsetzung weiterer Lösungsmöglichkeiten hängt vom Engagement der beteiligten Akteure ab und bleibt vorerst offen. Fest steht: Über eine gute Verwaltung hinaus geht es darum, konkrete Abhilfe für die Notlage der Betroffenen zu schaffen. Das Neuro-Netzwerk Weser-Ems wird dies im Auge behalten und behält sich dazu weitere Schritte vor.

Quelle: Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus „beatmet leben" 4,2022, 32

Prof. Dr. Andreas Zieger
Vorsitzender
neuronetzwerk weser-ems e.V.
www.neuronetzwerk-weser-ems.com
www.neuro-informationsplattform.de

Triage - Entscheidung auf Leben und Tod

Foto: AdobeStock / sudok1

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Schutz behinderter Menschen im Fall einer Triage. Triage kommt vom Französischen „trier" und bedeutet Auswahl – Rechtsanwalt Roland Zarges fasst die Fakten zusammenund was sie bedeuten.

Das *Bundesverfassungsgericht* (BVG) hat Ende vergangenen Jahres eine in vielfacher Hinsicht bedeutende und für Juristen bemerkenswerte Entscheidung getroffen. Es hat festgestellt, dass der *Gesetzgeber Vorkehrungen zum Schutz behinderter Menschen für den Fall einer pandemiebedingt auftretenden Triage treffen muss.* Der **Beschluss des Bundesverfassungsgerichts**, der durch den ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts **am 16. Dezember 2021 (Aktenzeichen 1 BvR 1541/20)** gefällt wurde, stellt einen seltenen Fall einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts dar, in dem der Gesetzgeber zur Handlung gezwungen wird. Der Regelfall von Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts betrifft Normkontroll- oder Verfassungsbeschwerdeverfahren, in denen eine bereits bestehende Regelung (Gesetz oder Verordnung) angegriffen wird. Das Bundesverfassungsgericht stellt in ständiger Rechtsprechung fest, dass es nur selten Ausnahmefälle gibt, in denen der Gesetzgeber zum Handeln verpflichtet werden kann. Für behinderte Menschen sieht das Bundesverfassungsgericht einen solchen Fall.

Chancengleichheit herrscht bisher nicht

Bemerkenswert ist, dass das Bundesverfassungsgericht feststellt, dass schon ohne pandemiebedingte Sondersituation, also unabhängig von der Coronavirus-Pandemie, der Zugang behinderter Menschen zur medizinischen Versorgung in Deutschland ohne Diskriminierung erfolgen muss. Es bezieht sich dabei auf eine Veröffentlichung der Behinderungsbeauftragten von Bund und Ländern in der Düsseldorfer Erklärung im Jahr 2019. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hat hierzu eine Studie in Auftrag gegeben. Die Forschung zeigt, dass für *Menschen mit Behinderung schon ohne Pandemie weder ein chancengleicher Zugang zur Leistung des Gesundheitssystems, noch eine diskriminierungsfreie Diagnosestellung und Behandlung gewährleistet ist*. Das bedeutet, dass die Situation schon ohne Pandemie für Behinderte prekär und diskriminierend ist.

Besonders gefährlich wird die Situation für Behinderte dann, wenn es zu einer Triagesituation kommt. Die Situation beschreibt, dass nicht genügend (Intensiv-) Behandlungsplätze für behandlungsbedürftige Patienten vorhanden sind und angeboten werden können. In diesen Fällen muss eine *Auswahl* getroffen werden, *wer eine lebensnotwendige Behandlung bekommt und wer nicht. Konkret bedeutet das*, dass der Arzt entscheiden muss, wer sich selbst und damit möglicherweise dem

Tod überlassen wird und wer die Chance auf eine lebensrettende Behandlung erhält und wer nicht.

Das Bundesverfassungsgericht stellt fest, dass ohnehin schon durch ihre Behinderung benachteiligte Menschen in dieser Situation durch den Gesetzgeber nicht ausreichend geschützt sind. Praktisch bedeutet dies, dass in einer Auswahlsituation bereits vorerkrankte und behinderte Menschen aus medizinischer Sicht in aller Regel schlechtere Überlebenschancen haben als jemand, der vor einer Covid-Erkrankung gesund war. In diesen Fällen wäre es kaum zu verhindern, dass behinderte Menschen im Auswahlverfahren schematisch zu denen gehören, die keine Behandlung erhalten können. Dies nimmt das Bundesverfassungsgericht nicht hin. Es stellt fest, dass der Gesetzgeber verpflichtet ist, Vorkehrungen zu treffen, dass bereits vorbelastete Menschen nicht automatisch in der Triage unberücksichtigt bleiben.

Handlungsauftrag für den Gesetzgeber

Das *Bundesverfassungsgericht* hat hier *erstmals* in diesem Bereich *einen Handlungsauftrag an den Gesetzgeber erteilt.* Alleine das ist bemerkenswert. Das Bundesverfassungsgericht stützt sich hierbei auf Artikel 3 Grundgesetz. Das Bundesverfassungsgericht sagt in ständiger Rechtsprechung, dass kein Leben mehr wert ist als das andere. Im Gegenteil sieht das Bundesverfassungsgericht hier die Schutzbedürftigkeit behinderter Menschen (chronisch kranker Menschen, Ergänzung der Redaktion) und stellt diese heraus. Wenn der behinderte Mensch mehr Schutz benötigt, dann muss ihm dieser gewährt werden, da sein Leben genauso viel „wert" ist wie das des nicht behinderten Menschen. Da das Bundesverfassungsgericht in der konkreten Situation auch gesehen hat, dass Eile geboten ist, da eine Triagesituation jederzeit hätte auftreten können und die Gefahr immer noch besteht, solange die Pandemie andauert, hat es den Gesetzgeber auch verpflichtet, unverzügliche geeignete Vorkehrungen zu treffen.

Dabei hat es die Verfassungsbeschwerde eines der Beschwerdeführer verworfen und nicht zugelassen, weil dieser nicht vorgetragen hat, welche Beeinträchtigungen und Behinderungen er durch seine – tatsächlich bestehende – Vorerkrankung hat.

Das Bundesverfassungsgericht stellt fest, dass auch die Empfehlungen der Mediziner nicht ausreichend sind, um den Schutz behinderter Menschen ausreichend zu gewährleisten.

Die Bundestagsfraktionen haben zugesagt, hier kurzfristig tätig zu werden. Dies ist jedoch bis heute nicht geschehen. Möglicherweise liegt das auch daran, dass wir derzeit von einer Triagesituation entfernt sind, dennoch muss eine entsprechende Vorsorge unverzüglich getroffen werden.

Wichtiges Signal für die Betroffenen

Die Reaktionen auf die Entscheidungen fallen durchaus unterschiedlich aus. Durch eine Pressemitteilung des *Bundesjustizministers* Marco *Buschmann* wurde die Entscheidung begrüßt. Neben dem Bundesjustizminister hat *Bundesgesundheitsminister* Karl *Lauterbach* das Urteil begrüßt. Er weist allerdings sofort darauf hin, dass eine Triage auch durch Impfung verhindert werden kann.

Handlungen fehlen bis dato. Es wurde bisher kein konkretes Gesetzesvorhaben in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Es geht wertvolle Zeit verloren. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes spricht von einem sehr wichtigen Signal für Menschen mit Behinderung.

Wichtig ist der Hinweis der Deutschen Stiftung für Patientenschutz. Bereits derzeit findet vor Eintritt einer Triagesituation aus Sicht der Stiftung eine Diskriminierung behinderter Menschen dadurch statt, dass Operationen verschoben werden. Behinderte Menschen sind überdurchschnittlich häufig von Operationen betroffen, so dass schon darin, dass geplante Eingriffe nicht durchgeführt werden, behinderte Menschen weiter ins Hintertreffen geraten. In der Praxis des Autors (R.Z.) kommt es seit Beginn der Pandemie vor, dass Menschen mit frisch erworbenen Behinderungen oder aber mit länger bestehenden Behinderungen Reha-Maßnahmen nicht durchführen können.

Die Diskriminierung beginnt schon früher

Die Frage der Diskriminierung behinderter Menschen in der Pandemiesituation muss aus der Sicht des Stellungnehmenden (R.Z.) nicht nur in Bezug auf eine Triagesituation, sondern auf die generelle Situation der medizinischen Versorgung diskutiert werden. Erforderliche Rehamaßnahmen werden nicht durchgeführt, was für behinderte Menschen gravierende Folgen haben kann. Insbesondere zu Beginn der erworbenen Behinderung ist es nötig, intensive Rehamaßnahmen durchzuführen. Wenn diese ausbleiben, ist die Prognose des behinderten Menschen deutlich schlechter, als wenn Rehabilitationsmaßnahmen unverzüglich durchgeführt werden. Das gleiche gilt – wenn auch möglicherweise in abgeschwächter Form – für Rehamaßnahmen während des weiteren Lebens.

Das Bundesverfassungsgericht stellt in der Begründung der Entscheidung noch etwas Bemerkenswertes fest und führt aus, dass behinderte Menschen auch mittelbar diskriminiert werden können und in der Realität täglich werden. Das Menschen mittelbar diskriminiert werden, ist auch aus anderen Rechtsgebieten – zum Beispiel zur Frage der Benachteiligung von Frauen – ständig geübte Rechtsprechung. So wird eine mittelbare Diskriminierung von Frauen durch arbeitsrechtliche Regelungen, die nur Halbtagskräfte betreffen oder auch Rentenregelungen angenommen. Mit dem Beschluss vom 16. Dezember 2021 stellt das Bundesverfassungsgericht auch eine mittelbare Diskriminierung behinderter Menschen fest. Diese Gesichtspunkte sind von großer Bedeutung für den Alltag behinderter Menschen. Insbesondere muss in Zukunft bei allen Gesetzen, Verordnungen und Entscheidungen der Verwaltung genau betrachtet werden, ob behinderte Menschen mittelbar diskriminiert werden. Diskriminierungen sind unzulässig. Man kann dagegen entsprechend vorgehen, notfalls gerichtliche Hilfe beanspruchen.

Fazit

Insgesamt liefert das Bundesverfassungsgericht sehr gute Argumentationshilfen zur Verbesserung der Lebenssituation behinderter Menschen, zur Vorbeugung vor unmittelbarer oder mittelbarer Benachteiligung und Diskriminierung. Das Bundesverfassungsgericht verpflichtet den Gesetzgeber und damit auch die gesamte Verwaltung, diesen Diskriminierungen behinderter Menschen entgegenzuwirken.

Quelle:
Nachdruck mit freundlicher Genehmigung
aus „beatmet leben“ 4,2022, 54-56

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

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 O2-VERSORGT MIT DEN GTI MEDICARE VERSORGUNGSKONZEPTEN
Im Bereich der Sauerstoff-Langzeittherapie gibt es bei unterschiedlichen Indikationen unzählige Versorgungsformen. Wir verstehen uns als Ihr Partner und sehen es daher als unsere selbstverständliche Aufgabe an, mit Ihnen Ihr individuell angepasstes Sauerstoffsystem zusammenzustellen.

Fragen Sie uns an. Wir beraten Sie gerne!

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

www.gti-medicare.de

Aktiv im Alltag - Übungen an der Treppe

von M. Frisch

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

Übung 1

Atmung: Atemkoordination, Brustkorb- und Schultermobilisation

Ausgangsstellung:
aufrechter Stand. Das rechte Bein auf die zweite Stufe stellen

Beide Hände auf den rechten Oberschenkel legen. Mit der Einatmung durch die Nase beide Arme nach oben außen führen.

Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) langsam wieder in die Ausgangsstellung zurückkehren. Nach einigen Wiederholungen: Beinwechsel

Übung 2

Training

Ausgangsstellung:
aufrechter Sitz oder stabiler Stand vor der Treppe

Im Wechsel mit der Ferse auf die Treppenstufe tippen. Ganz bewusst die Atmung mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) fließen lassen

Übung 3

Training

Ausgangsstellung:
das rechte Bein auf die erste Stufe stellen
Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) das linke Bein ebenfalls auf die erste Stufe stellen. Durch die Nase einatmen. Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) das linke Bein wieder langsam nach unten absetzen. Nach einigen Wiederholungen Bein-/ Seitenwechsel.

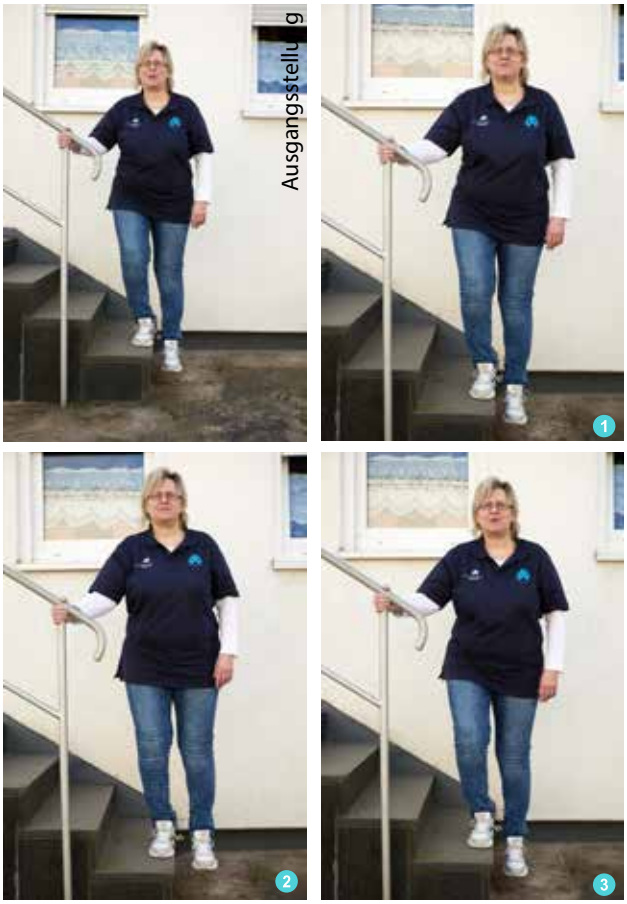
Steigerung: mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) das linke Bein gleich auf die zweite Stufe setzen. Durch die Nase einatmen. Mit der nächsten Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) das linke Bein wieder langsam nach ganz unten absetzen. Nach einigen Wiederholungen: Bein-/ Seitenwechsel.

Übung 4

Training

Ausgangsstellung:
seitlich auf die Treppe stellen, das linke Bein dabei auf die erste Stufe stellen
Das Gewicht auf das linke Bein (auf der ersten Stufe) verlagern, das rechte Bein ist frei in der Luft. Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) das rechte Bein langsam Richtung Boden absenken, knapp über dem Boden die Stellung halten (aber dabei den Boden nicht berühren). Stellung halten, dabei durch die Nase einatmen. Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) langsam wieder nach oben in die Ausgangsstellung „drücken". Nach einigen Wiederholungen Bein- / Seitenwechsel

Steigerung: Das Standbein leicht beugen und dabei die Bewegung kleiner und schneller ausführen (ohne den Boden zu berühren) und dabei ganz bewusst die Atmung mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) fließen lassen. Nach einigen Wiederholungen: Beinwechsel.



Übung 5

Training

Ausgangsstellung:
das rechte Bein auf die zweite Stufe stellen
Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die Lippen) das linke Bein auf die erste Stufe (weniger belastend) oder auf die zweite Stufe (belastend) stellen. Stellung halten, dabei durch die Nase einatmen. Mit der nächsten Ausatmung über die Lippenbremse- langsames Ausströmen der Luft über die Lippen- das linke Bein wieder langsam nach unten absetzen. Nach einigen Wiederholungen Bein-/ Seitenwechsel.

Steigerung: das Bewegungstempo erhöhen (so schnell wie möglich) und dabei ganz bewusst die Atmung mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die Lippen) fließen lassen. Nach einiger Zeit: Beinwechsel.

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

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

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

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

AG Lungensport in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle
Raiffeisenstraße 38
33175 Bad Lippspringe
Telefon 05252 / 9 37 06 03
lungensport@atemwegsliga.de

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

Im Flyer 35 der Deutschen Atemwegsliga e.V. wird übersichtlich und gut verständlich zum Thema „Wie komme ich zum Lungensport?“ informiert.

Als anerkannt gilt in Fachkreisen, dass Lungensport zum Beispiel bei COPD vergleichbar wirksam wie verordnete Medikamente ist.

Derzeit im nunmehr dritten Jahr der Corona-Pandemie ist vielerorts endlich wieder Lungensport gemeinsam möglich. Natürlich kann man ihn auch zu Hause oder im Netz durchführen.

Hierüber informiert der Flyer 35 der Deutschen Atemwegsliga.
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.

KundiG

Klug und digital durch das Gesundheitswesen

Herbstkurse 2022

Online-Kurse

für Menschen mit chronischen Erkrankungen, deren Angehörige und alle Interessierten

Wer entwickelt KundiG?

Mit digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen klug umgehen – **Ein Programm zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz chronisch kranker Menschen** startet in Kooperation zwischen BARMER, BAG SELBSTHILFE e.V. (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen), NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen), SeKo Bayern (Selbsthilfekoordination Bayern e.V.) und der Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover.

Wer organisiert die KundiG-Kurse?

Für die Organisation der KundiG-Kurse ist die Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover zuständig. Sie ist eine unabhängige Bildungseinrichtung in Niedersachsen, die seit Jahren erfolgreich Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen für alle Bürgerinnen und Bürger anbietet und so dazu beiträgt, das Gesundheitswissen und die Gesundheit der Menschen zu unterstützen.

Patienten UNIVERSITÄT

Kontakt

Patientenuniversität
der Medizinischen Hochschule Hannover
Prof. Dr. Marie-Luise Dierks
Dr. Gabriele Seidel
OE 5410 - Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Anmeldung & weitere Informationen

Carolin Schwarz
Tel.: 0511/ 532 - 8425
Fax: 0511/ 532 - 5347
E-Mail: Schwarz.Carolin@mh-hannover.de

Besuchen Sie uns auf:
www.patienten-universitaet.de

BARMER NAKOS

B.A.G SELBSTHILFE

SELBSTHilfe Kontaktstellen Bayern e.V.

MHH Medizinische Hochschule Hannover

Scan mich!
Weitere Informationen auf einen Blick

Inhalt der KundiG-Kurse

Was ist die elektronische Patientenakte? Wozu soll sie dienen? Was müssen Versicherte darüber wissen?

Rezepte elektronisch bekommen und einlösen - wie geht das und was nützt es?

Wo gibt es gute Gesundheitsinformationen im Internet?

Datenschutz und Datensicherheit bei digitalen Anwendungen

Die Videosprechstunde - eine gute Alternative zum Arztbesuch in der Praxis?

Selbsthilfe und Unterstützungsangebote online - welche Möglichkeiten gibt es?

u.v.m.

Herbstkurse 2022

Warum KundiG?

Inzwischen werden viele Abläufe im Beruf und im täglichen Leben digital geregelt. Das gilt auch für Patientinnen und Patienten, wenn sie mit ihren Ärztinnen und Ärzten oder anderem medizinischem Fachpersonal sprechen wollen, ihre Daten archivieren oder mit ihrer Krankenkasse in Kontakt treten wollen. **Allerdings ist das nicht immer so einfach.**

Deshalb wurde das Kursprogramm „KundiG – Klug und digital durch das Gesundheitswesen" entwickelt. In kleinen Schritten und mit Unterstützung durch erfahrene Kursleitungen können auch **Menschen, die noch wenig Erfahrung mit digitalen Medien haben, hier ihr Wissen erweitern und praktische Erfahrungen sammeln**, z.B. beim Umgang mit technischen Hürden, bei der Bedienung von Geräten, bei Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit.

Kursleitung: Die Kurse werden von zwei erfahrenen Kursleitungen geleitet.

Dauer: Wöchentlich je 2,5 Stunden über 6 Wochen.

Kosten: Die Kurse sind kostenfrei.

Teilnehmende:
Das Kursangebot richtet sich an Menschen mit chronischen Erkrankungen, deren Angehörige und alle Interessierten.

Voraussetzungen:
Sie benötigen zur Teilnahme ein internetfähiges Gerät wie einen Laptop oder einen Computer (mit Kamera und Mikrofon). Alles Weitere lernen Sie vor und während des Kurses kennen, wir bieten Ihnen kontinuierliche Unterstützung an.

Mit digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen klug umgehen

Ein Programm zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz chronisch kranker Menschen startet in Kooperation zwischen BARMER, BAG SELBSTHILFE e.V. (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen), NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen), SeKo Bayern (Selbsthilfekoordination Bayern e.V.) und der Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover.

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	Inge Follmann	06573 / 574
Bitburg	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Daun (Vulkaneifel)	Inge Follmann	06573 / 574
	Renate Maisch	06572 / 23 99
Birkenfeld/ Idar-Oberstein	Winfried Walg	06785 / 77 70
Linz am Rhein	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Mainz	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Trier	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Worms	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Saarland		
Homburg / Saar	Uwe Sersch	06873 / 669 284

Anzeige

SP Medienservice Verlag, Druck & Werbung

Wir sind seit über 30 Jahren als Verlag, Werbeagentur und Druckerei tätig und haben uns auf die Produktion von Mitglieder- und Verbandszeitschriften aus dem Gesundheits- und Selbsthilfebereich spezialisiert.

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

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

Ansprechpartner: Sascha Piprek

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

Befreundete Selbsthilfegruppen

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

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

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

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

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

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

Hessen

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

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

Nordrhein-Westfalen

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

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

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

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

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

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

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

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

Sachsen

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

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

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

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

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

Eine wichtige Funktion kommt dabei auch der Wissensvermittlung durch unsere Patientenzeitschrift **„Luftpost“** zu. Sie erscheint inzwischen im **30. Jahrgang** und seit 2015 erstmals mit vier Heften jährlich. Allgemeinverständlich geschriebene Artikel von kompetenten Ärzten und Professoren, Physiotherapeuten und Fachleuten aus dem gesamten Gesundheitswesen widmen sich nicht nur dem medizinischen, sondern auch dem persönlichen Umfeld von Patienten und ihrer Angehörigen. Zur Darstellung einer fundierten Diagnostik und Therapie auf der Basis gesicherter Tatsachen, wichtiger Selbsthilfetechniken und Erfahrungen kommen aktuelle Berichte zu bemerkenswerten medizinischen Neuerungen und Diskussionen. **Als** unser **Mitglied** erhalten Sie die **„Luftpost“** immer aktuell per Post und für Sie **kostenlos zugeschickt**.

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

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

Selbstverständlich können Sie auch weitere Informationen oder eine Beratung in unserer **Geschäftsstelle** erhalten:
Deutsche **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - DPLA
Carl-Wernher-Str. 2, 55276 Oppenheim
Tel.: 06133 / 35 43 - Fax: 06133 / 92 41 08
persönlich Mo. bis Do. von 8.30 bis 13.30 Uhr

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

FÜR MITGLIEDER

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

Per Fax 06133 / 92 41 08 oder per Post

MITGLIEDSANTRAG

Deutsche **P**atienten**L**iga
Atemwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
Carl-Wernher-Str. 2
55276 Oppenheim

Telefon: 06133 / 35 43
Fax: 06133 / 92 41 08

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

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die:

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

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

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

Gewünschter Ortsverband: _____

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

Gewünschte Zahlungsweise:

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

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

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

_____
Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung):

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

Datum: _____ Unterschrift: _____

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
als gemeinnützig seit 1986 anerkannt
gültiger Freistellungsbescheid Finanzamt Worms-Kirchheimbolanden: StNr. 44/673/75317 vom 17.07.2020
Mainzer Volksbank eG - IBAN: DE37 5519 0000 0001 0320 10 BIC: MVBMDE55

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/drubig-photo
Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

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

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

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

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

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

kompetent · verständlich · patientengerecht

Abonnement der „Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke"

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

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

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

Vorname, Name Telefon

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

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

Gewünschte Zahlungsweise:

❏ bargeldlos durch Bankeinzug

IBAN BIC

Geldinstitut

❏ gegen Rechnung (keine Vorauszahlung, bitte Rechnung abwarten)

Datum Unterschrift

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

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

Das Leben festhalten – frei durchatmen

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

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

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

Certified B Corporation

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