Frühjahr 2022 · 30. Jahrgang
Deutschland 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

30 Jahre Luftpost

- COVID 19 - 8 Risikofaktoren
- Feinstaub und Lunge
- Neu: NVL COPD
- Nichtmedikamentöse Maßnahmen bei Heuschnupfen
- Elektronische Patientenakte (ePA)

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

Soledum®

So

bewahren Sie Ihre Lebensqualität

mit Soledum® addicur

- Zur Zusatzbehandlung bei chronischen und entzündlichen Erkrankungen der Atemwege wie COPD und Asthma
- Reduziert nachweislich Anzahl, Dauer und Schwere von Exazerbationen
- Bekämpft stark die Entzündung

Soledum® addicur Wirkstoff: Cineol Anwendungsgebiete: Zur Zusatzbehandlung bei chronischen und entzündlichen Erkrankungen der Atemwege [z. B. der Nasennebenhöhlen, Asthma, COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung)]. Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

1876 kam es in Berlin schließlich aufgrund einer Denkschrift Bismarcks von 1872 zur Eröffnung eines „Kaiserlichen Gesundheitsamtes". Jedem Stadt- und Landkreis in Deutschland zugeordnete Gesundheitsämter entstanden erst 1934. Derzeit haben wir rund 400 Gesundheitsämter in Deutschland.

Aktuell wird im Deutschen Ärzteblatt vom 1. April (kein Aprilscherz !) von einer Mitarbeiterin des Bundesgesundheitsministeriums – den Namen wollen wir hier nicht nennen – berichtet, dass „zur exakten" Personalbesetzung in den Gesundheitsämtern wenig Daten vorlägen. Dies wolle man ändern. Laut ihr „sollen im kommenden Quartal die Zahlen einer Erhebung des statistischen Bundesamtes mit Stichtag 31. Januar 2020 vorgelegt werden". Da kann man nur denken, geht es nicht noch langsamer? Denn immerhin geht es um die Ermittlung von Personal, das ja höchstwahrscheinlich auch bis heute ein monatliches Gehalt bezieht und vielleicht schon deshalb erfasst sein müsste.

Leider kann man dies nur mit der Schnelligkeit der vom 9. Bundeskanzler Deutschlands befürworteten gesetzlichen Regelung einer allgemeinen Impfpflicht gegen Covid-19 vergleichen. Nicht der Bundesgesundheitsminister, ebenfalls ein Befürworter dieser Impfpflicht, hat hierzu einen Gesetzentwurf vorgelegt, was man von seiner Behörde und seiner Kompetenz schon erwartet hätte. Die Fraktionen und einzelne Abgeordnete des Bundestages sollten diese Arbeit leisten. So gibt es bis heute noch immer keine gesetzliche Regelung. Der Ausgang parlamentarischer Diskussionen ist offen. Und dabei haben wir Woche für Woche mehr als tausend Todesfälle mit und/oder durch Covid-19.

Ab dieser Woche besteht nur noch in wenigen Bereichen eine Maskenpflicht und das bei mehr als einer Million registrierten Neuinfektionen pro Woche. Aktuell meldet Berlin am 29. März den höchsten jemals ermittelten Krankenstand laut der zuständigen AOK.

Bekanntlich haben wir in Deutschland erst im Jahr 1956 Dank der Gewerkschaften den Übergang zur 5-Tage-Arbeitswoche begonnen. Schneller schafft dies das aktuelle Corona-Virus. Woche für Woche pausiert es scheinbar jeden Samstag und Sonntag bei seiner „ansteckenden Arbeit", wenn man nach den dann geringen gemeldeten Infektionszahlen geht. „Selbstverständlich" haben wir noch immer kein zentrales Impfregister. Argument: Seine Einrichtung würde zu lange dauern. Bei diesen Zeitabläufen glaubt man das langsam wirklich.

Demgegenüber finden wir heute, am 5. April 2022 Echtwelt-Daten einer großen Analyse von fast drei Millionen Menschen in zwei Provinzen Norditaliens. Erfasst wurden vom 1. Oktober 2021 bis zum Jahresende 2021 (!) Menschen ab 19 Jahren, die nicht in Pflegeheimen untergebracht waren. Die Auswertung zeigt: *Ungeimpfte* hatten im Vergleich zu geboosterten Menschen, d.h. mit zwei Impfungen + Auffrischimpfung (Booster) gegen Covid-19, in der Omikron-Welle *ein um das 10-fache erhöhte Risiko einer Krankenhauseinweisung* aufgrund von Covid-19, *ein 9-fach erhöhtes Risiko für eine erforderliche Intensivbehandlung* im Krankenhaus und ein *dreifach erhöhtes Risiko daran zu versterben*. Wie gesagt, dies sind Zahlen einer Untersuchung von fast drei Millionen Menschen mit dem letzten Stichtag vor etwas mehr als drei Monaten. Jetzt vergleichen Sie mal bitte die Unterschiede in der Geschwindigkeit. .

Aktuell, während des fürchterlichen Krieges in seinem Vaterland, hat der ukrainische Schriftsteller Serhij Zhadan sein Lied „Kinder" geschrieben. Darin heißt es auf deutsch:

…
„Wir haben unsere Luft bekommen,
Damit wir atmen, damit wir reden"

Ich meine, das muss für alle Menschen und immer gelten!

Mit luftigen Grüßen

Ihr Dr. med. Michael Köhler

Vorsitzender der DPLA

Inhalt

Aktuelles

5 Neu: Aktualisierter Ratgeber „Pflege zu Hause“
6 NEU: Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD
10 G-BA verlängert Möglichkeit zur telefonischen Krankschreibung

Zu Ihrer Information

10 Feinstaub schädigt Atemwege, Lunge und Gefäße
12 Corona-Impfpflicht auf dem Prüfstand des Verfassungsrechts
14 Schnarchen bei Schlafapnoe
18 Nicht medikamentöse Maßnahmen bei Heuschnupfen
24 Die elektronische Patientenakte (ePA)
27 Zuwendung im Krankenhaus
28 Digitale Gesundheitsanwendungen DIGA
33 Ein Jahr „App auf Rezept“
34 COVID-19: Geimpft und trotzdem auf Intensivstation?

Lungensport

35 Aktiv im Alltag - Atemübungen ohne Gerät

Über den Tellerrand hinaus

38 Björn Steiger Stiftung

Selbsthilfe

44 16 Jahre Lungensport in Wiesbaden
45 Flyer der Atemwegsliga
46 Ortsverbände der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
48 Warum auch Sie Mitglied in der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. – der **DPLA** - werden sollten
49 Mitgliedsantrag

Rubrik

50 Impressum
50 Abonnement der Luftpost

Anzeige

ZURÜCK IN EINEN LEBENSWERTEN ALLTAG.

Nach einer Erkrankung ist es oft nicht leicht, den Weg zurück in den Alltag zu finden. Wir möchten Ihnen dabei helfen und einen Teil dieses Weges mit Ihnen gemeinsam gehen. Und das mit einem ganzheitlichen Ansatz, indem der Mensch mit Körper und Seele im Mittelpunkt steht. Gebündeltes Fachwissen, Engagement und echte menschliche Zuwendung geben nicht nur im körperlichen, sondern auch im seelischen und sozialen Bereich die bestmögliche Hilfestellung. Therapie und Freizeit, Medizin und soziale Kontakte – das alles gehört zusammen und beeinflusst den Genesungsprozess.

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

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

Neu: Aktualisierter Ratgeber „Pflege zu Hause“

Pflege selbst übernehmen? Was Angehörige unbedingt wissen sollten.

Vier von fünf Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, das sind 3,3 Millionen Menschen in Deutschland. Manche von ihnen brauchen nur Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben wie Kochen oder Einkaufen, oft müssen Angehörige jedoch komplett einspringen und sich auch um die finanziellen Angelegenheiten kümmern, Pflegedienste organisieren oder Hilfsmittel beantragen.

Der Ratgeber „Pflege zu Hause“ der Verbraucherzentrale NRW unterstützt beim ehrlichen Fakten-Check, ob sich die Pflege zu Hause ins eigene Leben integrieren lässt. Die aktualisierte Auflage lotst durch die Fülle möglicher Leistungen zur Unterstützung und Entlastung – und berücksichtigt dabei auch schon die seit Januar 2022 höheren Beträge für den ambulanten Pflegedienst und die Kurzzeitpflege.

Wie viel Hilfe ist notwendig? Welche Leistungen stehen Betroffenen zu? Wie lässt sich der Alltag strukturieren? Worum muss ich mich rechtlich kümmern und wo gibt es Unterstützung? Das Buch klärt grundlegende Fragen, bietet Experteninterviews und stellt die wichtigsten Formulare vor, die benötigt werden, um Leistungen des Sozialamtes sowie der Pflege- und Krankenkasse zu beantragen. Außerdem kommen pflegende Angehörige zu Wort, die aufgrund ihrer Erfahrungen wertvolle Tipps geben können. Die meisten Betroffenen möchten am liebsten in ihrem gewohnten Umfeld wohnen bleiben. Ob das möglich ist, hängt jedoch immer vom Hilfebedarf und der individuellen Wohnsituation ab.

Der Ratgeber „Pflege zu Hause. Was Angehörige wissen müssen“ mit 224 Seiten kostet 16,90 Euro, als E-Book 12,99 Euro.

Bestellmöglichkeiten:
Im Online-Shop erhältlich unter
www.ratgeber-verbraucherzentrale.de
oder unter 0211 / 38 09-555.
Der Ratgeber ist auch im Buchhandel erhältlich.

Anzeige

NEU: Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD

2. Auflage

Was ist wichtig?

Strukturierte Erfassung von

- **Symptomen und**
- **Exazerbationen**

Um eine geeignete Therapie bei Patienten mit COPD angemessen beginnen und steuern zu können, sollen die *Schwere der Symptomatik* und auch die *Häufigkeit aufgetretener Exazerbationen* strukturiert erfasst werden. Dies ermöglicht eine zeitliche Vergleichbarkeit des Krankheitsverlaufes und seiner Schwere und daraus folgend eine Anpassung der Behandlung, insbesondere der medikamentösen Therapie.

Foto: AdobeStock / Rumkugel

Rauchstopp

Entscheidend: Tabakentwöhnung

Eine spürbare Besserung der COPD lässt sich nur bei totalem Nichtrauchen erreichen. Deshalb sollen alle noch Weiter rauchenden mit COPD das Angebot zu einer Tabakentwöhnung erhalten. Diese soll verhaltenstherapeutische und medikamentöse Maßnahmen umfassen.

Nicht-medikamentöse Therapie auch Grundlage der Behandlung

Nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen haben – ebenso wie die Tabakentwöhnung – einen hohen Stellenwert bei der Behandlung der COPD. Sie sollen bereits *vor* der Einleitung einer medikamentösen Langzeit-Behandlung beginnen. Ausgenommen hiervon ist die medikamentöse Behandlung von akuten Krankheitsverschlechterungen wie bei Exazerbationen.

Körperliches Training

Tägliche körperliche Aktivitäten im Alltag und gezieltes körperliches Training haben einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung und helfen insbesondere den älteren Erkrankten ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Auch in schweren Krankheitsstadien profitieren Menschen mit COPD von einem regelmäßigen Training, das der jeweiligen körperlichen Leistungsfähigkeit angepasst sein muss.

Foto: AdobeStock / Viacheslav Lakobchuk

körperliches Training

Einweisung in das Inhalationssystem

Wer ein für ihn neues Inhalationsgerät erhält, benötigt eine Einweisung zur richtigen Anwendung. Diese soll in der Arztpraxis erfolgen. Die korrekte Handhabung soll dort auch kontrolliert werden. Dabei können Apotheken unterstützen, insbesondere bei der Aushändigung eines neuartigen oder beim Wechsel auf ein anderes Inhalationssystem.

Foto: AdobeStock / Prostock-studio

Demonstration des richtigen Gebrauchs des Inhalationssystems in der Arztpraxis.

Anmerkung:

Für die Diagnose einer COPD sollen bevorzugt die Referenzwerte der Global Lung Initiative (GLI) genutzt werden. So wird das Risiko von altersbedingten Über- und Unterdiagnosen verringert. Nur bei fehlender Verfügbarkeit der GLI-Referenzwerte in der Arztpraxis kann auch der bisher gebräuchliche, starre Wert der FEV_1/FVC unter (<) 70% bei der Spirometrie herangezogen werden.

Die *medikamentöse Langzeittherapie* wird in zwei Behandlungspfade eingeteilt, abhängig von der Schwere der

Hauptsymptome oder der Schwere und Häufigkeit der Exazerbationen.

Grundlagen der Therapie sind:

- Langwirksame Anticholinergika (LAMA) und
- Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (LABA).

Eingeschränkte Anwendung von inhalativen Corticosteroiden (ICS)

Inhalative Corticosteroide sind in der Regel bei einer COPD nur sehr eingeschränkt anzuwenden. Hauptsächlich nur, wenn trotz der Kombination von langwirksamen Anticholinergikum (LAMA) und ebenfalls langwirksamen Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) weiterhin Exazerbationen auftreten.

Die Anwendung von ICS muss überprüft werden!

Es ist wichtig, den Einsatz von ICS *regelmäßig* zu überprüfen. Sie sollen abgesetzt werden, wenn die Zahl der Eosinophilen[1] im Differentialblutbild unter 100 Zellen/µl liegt und keine Anzeichen für ein Asthma bronchiale vorliegen; oder wenn in der Vergangenheit während ihrer Anwendung eine Lungenentzündung aufgetreten war.

Schriftlicher Aktionsplan

Alle Patienten mit COPD sollen von ihrem Hausarzt/in einen schriftlichen Aktionsplan erhalten. Dieser unterstützt die Therapietreue und *soll auch individuelle Therapie- und Notfallmaßnahmen enthalten*.

Die umfangreiche Leitlinie (110 Seiten), Patientenmaterialien und weitere Dokumente finden Sie unter:

www.leitlinien.de/copd

[1] Bestimmte weiße Blutkörperchen

Anzeige

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

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

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

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

Aktion: SimplyGo
2.945,00 € *

Inogen One G5
ab 2.195,00 € *

Inhalation + Atemtherapie

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

Ideal für die Sinusitis-Therapie
374,50 €

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

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

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

ab 53,30 €

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

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

Shop-Preis
Gelomuc
61,40 € *

*Aktionspreis solange der Vorrat reicht

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

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

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

Corona-Sonderregelung:

Telefonische Krankschreibung weiter bis Ende Mai möglich

Foto: AdobeStock / Norbert Kiel

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18. März 2022 die Corona-Sonderregelung für die telefonische Krankschreibung bei leichten Atemwegsinfekten nochmals um weitere zwei Monate bis einschließlich zum 31. Mai 2022 verlängert. Er sieht diesen Schritt trotz der kommenden bundesweiten Lockerung der Infektionsschutzmaßnahmen durch den Gesetzgeber ab 1. April 2022 als sachgerecht an. *Arztpraxen* sind *kein* **„normaler"** *Ort* im öffentlichen Leben. Hier treffen vielmehr Menschen mit verschiedenen medizinischen Problemen aufeinander und bleiben eine gewisse Zeit zusammen. Um ein mögliches Infektionsrisiko in Arztpraxen nach wie vor klein zu halten, sollen Versicherte eine *Krankschreibung* (Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit) *bei leichten Erkrankungen der oberen Atemwege weiterhin telefonisch* erhalten können. Die Sonderregelung hilft, Kontakte in Arztpraxen zu vermeiden und schützt damit Patientinnen und Patienten wie auch die dortigen Mitarbeitenden.

Patientinnen und Patienten, die an leichten Atemwegserkrankungen leiden, können damit weiterhin telefonisch für *bis zu 7 Kalendertage* krankgeschrieben werden. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen sich dabei persönlich vom Zustand der Patientin oder des Patienten durch eine eingehende telefonische Befragung überzeugen. *Eine einmalige Verlängerung* der Krankschreibung kann *telefonisch für weitere 7 Kalendertage* ausgestellt werden.

Der Beschluss zur Verlängerung der Corona-Sonderregelung tritt mit Wirkung vom 1. April 2022 in Kraft. Unabhängig von der Corona-Sonderregelung gilt, dass Versicherte im Rahmen einer *Videosprechstunde* eine Krankschreibung erhalten können.

Auslaufende Corona-Sonderregelungen und regionale Auffangoptionen durch spezielles Verfahren und Grundlagenbeschluss

Bei anderen Corona-Sonderregelungen aus dem Bereich der Veranlassten Leistungen hat der G-BA entschieden, ab 1. April 2022 zu den regulären Richtlinienregelungen zurückzukehren: Es gibt derzeit bei den betroffenen Sonderregelungen keine Hinweise darauf, dass das Auslaufen der Regelungen zu coronabedingten, bundesweiten Beeinträchtigungen der medizinischen Versorgung führen würde.

Sollte jedoch in einzelnen Regionen die notwendige medizinische Versorgung durch die Corona-Pandemie so gefährdet sein, dass die regulär geltenden Richtlinien nicht sinnvoll greifen, kann der G-BA rasch reagieren und die Ausnahmeregelungen im notwendigen Umfang räumlich begrenzt und zeitlich befristet für anwendbar erklären. Ein solcher Beschluss zu regional begrenzten Ausnahmeregelungen kann beispielsweise auf Wunsch der betroffenen Gebietskörperschaft gefasst werden. Basis ist ein spezielles beschleunigtes Verfahren und ein sogenannter Grundlagenbeschluss des G-BA vom September 2020.

Zudem hat der G-BA mittlerweile mehrere seiner Corona-Sonderregelungen vollständig oder abgewandelt in die Regelversorgung überführt:

- die Möglichkeit der Videotherapie bei Heilmitteln
- eine verlängerte Vorlagefrist (4 Tage) für Verordnungen der häuslichen Krankenpflege und
- die Möglichkeit einer Krankschreibung per Videosprechstunde

Sonderregelungen unter:
https://www.g-ba.de/service/sonderrege-lungen-corona/

Quelle:
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA),
Pressemitteilung Nr. 14 / 2022 vom 18.02.2022

Wieder befreit durchatmen mit SIMEOX

Schleim in der Lunge – Ein nicht zu unterschätzendes Problem vieler Lungenerkrankungen
Viele Lungenerkrankungen wie z.B. Bronchiektasen oder COPD führen zu einer ständigen Verschleimung der Lunge. Dieser Schleim lässt sich oftmals nur schwer aus der Lunge bekommen. Die Folge ist, dass man schlechter Luft bekommt und die Atmung beeinträchtigt wird, Hustenanfälle den Alltag erschweren und den Schlaf stören.

Simeox – Eine wirksame Therapie gegen den Schleim
Wer dauerhaft von übermäßigem oder zähem Schleim in der Lunge betroffen ist, braucht eine wirksame Therapie, um den Schleim aus den Atemwegen zu befördern. Simeox wurde als Sekretmobilisationsgerät genau zu diesem Zweck entwickelt, um Patienten von ihrer Sekretlast zu befreien. Nach jahrelanger Forschung, gemeinsam mit renommierten Instituten, wurde ein pneumatisches Signal identifiziert, auf dem die Wirkung von Simeox basiert. Dieses Signal erzeugt während der Therapie drei Effekte:

- *Verflüssigung des Sekrets durch Oszillation/Vibration*
- *Ablösung des Sekrets von den Gefäßwänden*
- *Unterstützung der Bewegung von körpereigenen Flimmerhärchen in den Atemwegen (Zilien)*

Durch diese Effekte kann Ihnen Simeox dabei helfen, den belastenden und zähen Schleim, insbesondere auch aus den tiefen Bereichen der Lunge, zu verflüssigen, abzutransportieren und letztendlich abzuhusten.

Während der Einatmung geht es darum, durch eine langsame Einatmung möglichst viel Luft „hinter" das Sekret zu bekommen, das die Atemwege verengt.

Das Simeox-Signal wird dann während der Ausatmung aktiviert. Dabei wird das Sekret verflüssigt und in Richtung der zentralen Atemwege zum Abhusten bewegt.

Die Anwendung erfolgt in entspannter Ruheatmung und das Gerät ist ausschließlich in der Ausatemphase aktiv. Im Vergleich zu anderen Atemtherapiegeräten ermüdet man nicht so schnell. Simeox ist einfach zu bedienen und kann zu Hause selbständig angewendet werden.

Simeox hilft Ihnen so, die Belastung durch den festsitzenden Schleim zu reduzieren und wieder freier zu atmen.

Erfolgreiche Simeox Anwendung
Simeox wird bereits in vielen Lungenzentren und pneumologischen Rehabilitationskliniken in Deutschland erfolgreich eingesetzt. Auch viele Physiotherapeuten, die auf die Behandlung von Atemwegspatienten spezialisiert sind, arbeiten mit Simeox. Wichtig ist dabei die regelmäßige Anwendung. Bei chronischem Sekretverhalt bietet sich die tägliche, selbstständige Nutzung zu Hause an.

Mit Simeox zu Hause effektiv therapieren
Simeox ist für den Einsatz zu Hause zugelassen und verordnungsfähig. Gesetzliche und private Krankenkassen übernehmen die Kosten, wenn die therapeutische Erforderlichkeit vom behandelnden Arzt attestiert wird. Daher sollte vor einer Verordnung das Gerät erprobt werden. Eine unverbindliche Geräte-Erprobung kann beim Hersteller angefragt werden.

Weiterführende Informationen, Studien und Anfragen zur Gerätetestung unter:

PhysioAssist GmbH
Stadtplatz 10
83714 Miesbach

Email: kontakt@physio-assist.de
Telefon: 08025 925 95 88
www.physioassist.de

Feinstaub schädigt Atemwege, Lunge und Gefäße

Umweltschutz beugt Krankheiten vor
Luftqualität und Lärmschutz verbessern und so Leben retten

Foto: AdobeStock / Adam Radosavljevic

Weltweit verursachen Krankheiten durch hohe Luftverschmutzung mehr Todesopfer als HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria zusammen. In Deutschland sind die Emissionen von Luftschadstoffen in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen.

Die Höchstkonzentration von Feinstaub, die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihren Richtlinien vorgibt, wird hierzulande jedoch immer noch weit überschritten. Dabei sind die Staubpartikel mit einem aerodynamischen Durchmesser von 2,5 Mikrometern (PM 2,5) und kleiner gesundheitlich besonders bedenklich. Sie werden tief in die Atemwege eingeatmet und lösen schon in geringen Konzentrationen dort chronischen oxidativen Stress aus. Sie können zudem in die Blutbahn gelangen und werden von den Gefäßwänden aufgenommen, wo sie chronische Entzündungen hervorrufen können. Die Folgen sind oft Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Dementsprechend fordern Experten, wie Professor Thomas Münzel, Zentrum für Kardiologie I von der Universität Mainz, eine stärkere Reduzierung der Luftschadstoffe: „Die aktuellen europäischen Grenzwerte sind mit 25 µg/m³ fünfmal so hoch wie die aktuellen Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit 5 µg/m³."

Die neue Bundesregierung will mehr Fortschritt wagen. Das verspricht der Koalitionsvertrag auch in Bezug auf eine bessere Luftqualität und Lärmschutzmaßnahmen. Allein in Deutschland sterben über 40 000 Menschen jährlich infolge von Herzerkrankungen, die mit der Luftverschmutzung in Zusammenhang stehen. Für die städtische Bevölkerung ist die Belastung besonders hoch. Es gilt die Lebensqualität und letztlich auch die Lebenserwartung der dort Wohnenden zu verbessern. Eine gesundheitsfördernde Stadtplanung ist daher unbedingt nötig.

Lärm geht zu Lasten von Herz und Psyche

Auch andauernder Lärm aus der Umgebung ist ein potenzieller Krankmacher: Nach Angaben der Europäischen Umweltagentur (EUA) sind mindestens 20 Prozent der europäischen Bevölkerung potenziell schädlichen Tag- und Nacht-Lärmpegeln von mindestens 55 Dezibel (dB) ausgesetzt. Die entsprechenden Höchstwerte der WHO liegen, abhängig von der jeweiligen Lärmquelle, um bis zu 10 dB tiefer. Chronischer Lärm, der alltägliche Aktivitäten begleitet und den Schlaf stört, erhöht ebenfalls deutlich das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Senkung der bisherigen Lärmgrenzwerte sowie Schutzmaßnahmen vor zu viel Lärm, z.B. durch Lärmschutzwände, Umgehungsstraßen, Straßen-Einhausungen (Untertunnelungen) und weitere städte- und straßenbauliche Maßnahmen sind dringend notwendig, um die Bevölkerung vor lärmbedingten Schädigungen zu schützen, so die Experten.

Vorbeugung auf breiter Basis:
In Städten und Ballungszentren ist die Lärm- und Feinstaubbelastung besonders hoch. Bei der Bekämpfung umweltbedingter Gesundheitsrisiken und -schäden spielt deshalb die Stadtplanung eine wichtige Rolle. So schirmt eine bessere Isolierung der Gebäude auch akuten Außenlärm ab.

Vorgeschlagene Maßnahmen für „Herzgesunde“ Städte sind:
- Innerstädtische Tempolimits,
- geräuschmindernde Straßenbeläge,
- Lärmschutzwände sowie ein
- verbessertes Verkehrsmanagement

Wenn Wohnhäuser, Schulen, Kitas, Parks und Sportanlagen abseits stark befahrener Straßen zunehmend geplant und gebaut werden, sind die Menschen auch weniger schädigendem Feinstaub ausgesetzt.

Sinnvoll ist es auch, Radwege nicht durch Fahrbahnmarkierungen nur abzutrennen, sondern vielmehr möglichst weiter entfernt zu planen. Auch Fahrzeugverkehr in den Innenstädten sollte durch bessere Erreichbarkeit z.B. durch den öffentlichen Nahverkehr verringert werden. Die drastische Maßnahme einer Innenstadt-Maut, wie in London, ist eine weitere Möglichkeit. Durch gezielte Planung sollten durch Grünflächen in den Innenstädten auch „Wärmeinseln“ reduziert werden. Gleiches gilt für eine Bebauung, die den Luftstrom in die Innenstädte nicht noch weiter behindert. Ziel ist es durch ein besseres Stadtklima auch die Wohn- und Lebensqualität der Bewohner zu erhöhen.

„Derzeit fließen etwa 96 Prozent der öffentlichen Gesundheitskosten in die Behandlung und nur 4 Prozent in die Prävention“, so Münzel und Hahad. Die vorbeugenden Maßnahmen seien dabei überwiegend auf individueller Ebene zu finden. Nur wenig Geld werde bisher für stadtbauliche und landschaftliche Maßnahmen zur Minderung von Umweltbelastungen aufgewendet. Das müsse sich ändern, so ihr Appell.

Quellen:

T. Münzel et al.: Herzgesunde Städte – die Gene laden das Gewehr, die Umwelt zieht den Abzug, Aktuelle Kardiologie 2021; 10 (6); S. 543-547

O. Hahad et al.: Lärm und Herz-Kreislauf-Erkrankungen Aktuelle Kardiologie 2021; 10 (6); S. 516-520

J. Lelieveld et al.: Luftverschmutzung und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Aktuelle Kardiologie 2021; 10 (6); S. 510-515

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

„Freiheit ist ein reflexiver Prozess“

Online-Perspektivengespräch mit dem vormaligen Bundesverfassungsrichter (1999-2011) Prof. Dr. Dr. Udo di Fabio: „Corona-Impfpflicht auf dem Prüfstand des Verfassungsrechts“.

Zur Abkühlung der aufgeheizten Debatte um die Einführung einer allgemeinen Covid-19-Impfpflicht empfehle sich ein nüchterner Blick in die Verfassung, eröffnete Professor Udo di Fabio das Online-Perspektivengespräch über „Die Impfpflicht und das Grundgesetz“, zu dem auf Einladung des House of Pharma & Healthcare, Frankfkurt/Main, mehrere hundert Interessierte zugeschaltet waren.

Sorgfältig wog der Bonner Staatsrechtler und frühere Bundesverfassungsrichter *Grundrechte gegen eventuelle Grundrechtseingriffe* ab. Er betonte, wie schwierig es für den Gesetzgeber angesichts der enormen und fortdauernden *„Beurteilungsungewissheiten“* der Pandemie sei, juristisch vertretbare *„Risikoentscheidungen“* im *Spannungsfeld zwischen Freiheit und Sicherheit* zu treffen. Er selbst habe auf die Frage, ob eine Impfpflicht verfassungsrechtlich zu rechtfertigen sei, „im Laufe der jetzt fast zweijährigen Pandemie unterschiedlich geantwortet, nicht weil der Rechtsmaßstab sich verändert hätte, sondern weil es auf die Umstände des Einzelfalles und auf die akute Situation ankommt“.

Eingriff in die körperliche Unversehrtheit

Unter bestimmten Tatbestandsvoraussetzungen, so führte di Fabio aus, sieht das **Infektionsschutzgesetz** schon längst eine **Impfpflicht** vor. Laut § 20,6 kann das Bundesgesundheitsministerium diese mit Zustimmung des Bundesrates für *„bedrohte Teile der Bevölkerung anordnen, wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist“*. Das entspräche zwar ziemlich exakt der derzeitigen Corona-Situation. Jedoch wäre die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht *„die gesetzliche Ermächtigung, in die körperliche Unversehrtheit der Menschen einzugreifen“*, die ein **Grundrecht gemäß Artikel 2,2 des Grundgesetzes** ist. Selbst wenn die Mehrheit der Bevölkerung ihre **körperliche Unversehrtheit** durch eine Impfung nicht bedroht sehe, selbst wenn medizinisch feststehe, dass eine Impfung keine gefährlichen Nebenwirkungen nach sich ziehe, „dann *kann* die *Impfpflicht* dennoch ein intensiver *Grundrechtseingriff* für diejenigen sein, die eine Impfung partout nicht wollen“. Insofern beeinflusse „die Renitenz bestimmter Bevölkerungsgruppen gegen die Impfung tatsächlich deren grundrechtliche Bewertung“. Der Gesetzgeber brauche einen *„legitimen Grund im Recht“*, wenn er Corona-Schutzimpfungen als „relativ intensiven Eingriff in die körperliche und auch seelische Unversehrtheit“ anordne.

Rechtlich komplizierter als die Pockenimpfung

Auf den ersten Blick liegt dieser Grund auf der Hand: *Durch jede Impfung eines Individuums wird ein höheres Schutzniveau für die gesamte Bevölkerung erreicht. Eindrucksvoll zeigte sich dieser Effekt bei der Pockenschutzpflicht.* Sie führte dazu, dass die Pocken, an denen in Europa einst jährlich (bis zu, erg.) 400.000 Menschen starben, ausgerottet wurden und die Pflicht zu einer Impfung dagegen 1983 abgeschafft werden konnte. Beim SARS-CoV-2-Virus sei die Lage aber komplizierter, sagte di Fabio. Einerseits habe man erstaunlich schnell wirksame Impfstoffe entwickelt, andererseits aber feststellen müssen, dass deren Schutzwirkung relativ schnell nachlasse, so dass man inzwischen schon über die eventuelle Notwendigkeit einer vierten Impfung spreche. „Ist das derselbe juristische Rechtfertigungsgrund wie bei einer Pocken- oder Masernimpfung?“

Das Gewicht der aktuellen Gesundheitsgefahr

Zu diesem Aspekt der *temporären Wirksamkeit der Covid-19-Impfstoffe* kommt nach Ansicht des Bonner Verfassungsrechtlers ein entscheidend wichtiges Kriterium hinzu: „Droht eine Gesundheitsgefahr von einem solchen Gewicht, dass eine Impfpflicht zu rechtfertigen oder sogar aus der Schutzpflichtverantwortung des Staates für Leben und Gesundheit der Allgemeinheit verfassungsrechtlich geboten ist?“ Eine Antwort auf diese Frage erfordere *eine Beurteilung der jeweils konkreten Lage*. „Insofern war es von der Bundesregierung nicht glücklich, sich bereits im Dezember festzulegen, dass demnächst eine allgemeine Impfpflicht kommt“, sagte di Fabio. „Für deren Anordnung braucht man eine situativ aktuelle Einschätzung.“ Verlässlich sei eine solche Einschätzung aber angesichts der Dynamik der Pandemie und dem damit einhergehenden ständigen Wechsel von Gewissheiten und Ungewissheiten gar nicht möglich. Ob und wie sich die Omikron-Variante mit Impfstoffen erreichen lasse und wie stark sie das Gesundheitssystem belasten werde, sei derzeit beispielsweise noch ungewiss. Hier müsse der *Staat gegebenenfalls Risikoentschei-*

dungen treffen, um zu handeln, „bevor das Kind in den Brunnen gefallen ist".

Für eine operative Rationalität

Nun könne man wie der *Nationale Ethikrat* argumentieren, dass eine allgemeine *Impfpflicht* das geringere Übel und den *insgesamt geringeren Freiheitseingriff im Vergleich* zu einer partiellen Stilllegung der gesamten Gesellschaft durch das Virus darstelle. Das Bundesverfassungsgericht sei jedoch „mit solchen globalen Freiheitsbilanzierungen sehr zurückhaltend". Di Fabio riet daher zu einer *„operativen Rationalität"*. Demnach ist eine *allgemeine Impfpflicht verfassungsrechtlich nur zu rechtfertigen, wenn ein gesundheitlicher Notstand droht, weil eine erhebliche Minderheit der Bevölkerung nicht geimpft ist* – und die Konjunktion „weil" empirisch belegbar ist.

„Fast schon masochistisch verständnisvoll"

Wenn aber auf dieser Grundlage eine Impfpflicht eingeführt wird, dann *muss der Staat sie durchsetzen* und für einen gleichmäßigen Gesetzesvollzug sorgen. „Andernfalls verstößt er möglicherweise gegen den Gleichheitsgrundsatz der Verfassung", sagte di Fabio. „Insofern muss man dem Gesetzgeber, der zu symbolischen, aber nicht durchgesetzten Pflichten neigt, hier eine Warnkarte präsentieren". Unmittelbaren Zwang zur Vollstreckung einer Impfpflicht anzuwenden, halte er jedoch für verfassungswidrig. Ein *Bußgeld* zu verhängen, sei dagegen möglich. Aber schon die Frage, ob man ein *solches Bußgeld bei Zahlungsverweigerung kaskadenförmig steigern* dürfe, wie es im Verwaltungsrecht häufig gemacht werde, werfe verfassungsrechtliche Zweifel auf, ob das nicht die Zumutbarkeitsschwelle überschreite. Die innere Einstellung von Impfgegnern könne eben nicht einfach übergangen werden. „Impfgegner haben mich bedroht, weil ich heute hier einen Vortrag halte und sie vermuten, dass ich mich für eine Impfpflicht aussprechen würde, und deshalb sind sie schon hell empört, und über diese dauerempörten Menschen kann man sich nun wiederum empören und sagen: geht's noch?", wurde di Fabio an dieser Stelle deutlich. „Aber verfassungsrechtlich sind wir da in einer fast schon masochistischen Weise verständnisvoll."

Besser mit offenem Visier

Als *„verfassungsrechtlich schwierig"* beurteilte di Fabio die bestehenden *Zugangsrestriktionen für Ungeimpfte im „öffentlichen Begegnungsraum"*. Denn diese stellten eine *indirekte Impfpflicht* dar. „Sie ist nirgendwo aufgeschrieben, aber der Gesetzgeber agiert so, als gäbe es sie bereits." Besser wäre er beraten, hier mit „offenem Visier" aufzutreten. Denn mit Blick auf den rechtsstaatlichen Bestimmtheitsgrundsatz gleiche die gegenwärtige Regelung einem „Spiel über die Bande, das nicht nur Begeisterung auslöst". Selbstverständlich könnten ungeimpfte Menschen die Gerichte anrufen, um diese Regelung auf den Prüfstand des Verfassungsrechtes stellen zu lassen. „Sie können sich darauf verlassen, dass die Gerichte das prüfen werden, aber natürlich nicht darauf, dass sie ihnen recht geben."

„Könnte es sein, dass ich mich irre?"

Den vornehmsten Platz im Denken des Staatsrechtlers Udo di Fabio nimmt, auch hinsichtlich des Umganges mit der Pandemie, der Begriff der **Freiheit** ein. „Der Weg der freiheitlichen Gesellschaft geht über das Bewusstsein und die Urteilskraft der Menschen", sagte er. *„Aufklärung und Bildung sind langfristig am wirksamsten, auch was die Impfbereitschaft angeht."* Wenn der Staat oft als Antipode der Freiheit wahrgenommen werde, so treffe dies für seine liberal verfassten Formen nicht zu. „Unsere Verfassungsvorstellung geht davon aus, dass der Staat uns die Rahmenbedingungen zur freien Entfaltung schafft." Was die Bürgerinnen und Bürger aber aus dieser Freiheit machten, das stehe nicht in der Verfassung. „Das kann ihnen keine Richterin und kein Richter sagen." Jeder müsse sich selbst fragen, wie er mit seiner Freiheit umgehe. „Aber wenn wir unsere Freiheit leben und ausleben, müssen wir die anderen als Einzelpersonen und als Gemeinschaft schon mit auf dem Radarschirm haben". *Impfskeptiker* müssten sich fragen: „Warum glaubt eigentlich eine sehr große Mehrheit, dass die Impfung etwas bringt? Könnte es sein, dass ich mich irre?" Umgekehrt sollten *Impfbefürworter* die Ansichten von Menschen ernst nehmen, die kritisch gegenüber der Schulmedizin eingestellt sind und einseitig naturwissenschaftliche Weltdeutungen ablehnen. „Es geht darum, die Persönlichkeit zu achten, die hinter einer Ansicht steht." Solche wechselseitige Achtung sei das Lebenselixier jeder pluralen Gesellschaft. „Freiheit ist ein reflexiver Prozess in unserem Kopf", betonte di Fabio. Dessen Ergebnis sei nicht vorgezeichnet und immer auch interaktiv mit anderen zu diskutieren. Dieser offene Reflexionsprozess sei in einer lebendigen Demokratie ganz wichtig. Andernfalls drohten Diskussionsabrisse und in deren Folge Fragmentierungen der Gesellschaft. „Darunter leidet letztlich die Freiheit."

Nach einem Pressetext des House of Pharma & Healthcare vom 15.01.2022 zu einem Online-Perspektivengespräch mit dem vormaligen Bundesverfassungsrichter, Prof. Dr. Dr. Udo di Fabio (Hervorhebungen redaktionell).

Prof. Dr. Dr. Udo di Fabio

Individuelle „Schnarchschiene“

ab Januar 2022 Kassenleistung

Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS), wie krankhaftes Schnarchen mit nächtlichen Atemaussetzern in der Fachsprache heißt, ist eine Atmungsstörung während des Schlafes.

Wenn die Rachenmuskulatur während des Schlafens die oberen Atemwege verschließt (Obstruktion), führt dies zu einer Störung von Atemrhythmus und Schlafqualität durch die Unterbrechung der Atmung. Vor oder auch direkt nach diesem Verschluss kommt es zu deutlichen Schnarchgeräuschen. Ursache ist die Vibration der Weichteile im hinteren Rachenbereich. Diese Einengung bewirkt wiederum einen beschleunigten Atemstrom.

Die „gesunden“ Schnarcher sind oft ein soziales Problem. Sie strapazieren nur die Nerven von Mitschläfern („Bäume sägen“). Sind aber der Atemrhythmus und die Schlafqualität deutlich beeinträchtigt, wird dies langfristig für den Schnarchenden selbst gefährlich.

Schnarchen im Schlaf zeigt eine deutliche Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. Laut der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin schnarchen Männer im mittleren bis höheren Alter zunehmend. Schätzungsweise ist dies bei 1-5% der Fall. Frauen sind weniger, jedoch analog zu den Männern mit fortschreitendem Alter zunehmend betroffen.

Verschiedene **Risikofaktoren** begünstigen eine Schlafapnoe. Dazu gehören *Übergewicht* oder ein *gedrungener Körperbau* mit überproportionalem Halsumfang. Ein weiterer Risikofaktor ist eine relative Enge der oberen Atemwege. Weitere Ursachen können vergrößerte Rachenmandeln (Tonsillen), ein vergrößerter Zungengrund, ein zurückliegender Unterkiefer oder andere knöcherne Anomalien des Schädels, aber auch eine vergrößerte Schilddrüse sein. Möglich sind aber auch lokale Tumore und Schwellungen im Rachenraum. Bei manchen Betroffenen kommt es nur in Rückenlage durch die zurückfallende Zunge zum kompletten Verschluss der oberen Atemwege. Ein - vor allem abends - erhöhter Alkoholkonsum, kann ebenfalls zur Erschlaffung der Schlundmuskulatur führen. Rauchen fördert durch die Reizung der Schleimhäute eine vermehrte Schleimbildung im Bereich der oberen Atemwege. Dadurch kann ihr Offenbleiben durch Verkleben der Schleimhäute erschwert werden.

Die **Symptome** einer unbehandelten obstruktiven Schlafapnoe sind: Nicht erholsamer Schlaf, verstärktes Schnarchen mit *Atemaussetzern* und häufigen *Weckreaktionen* sowie zunehmende *Tagesschläfrigkeit* bis hin zur Gefährdung im Straßenverkehr.

Die **langfristigen Folgen** reichen von nächtlichen sprunghaften Schwankungen der Herzfrequenz, kurzzei-

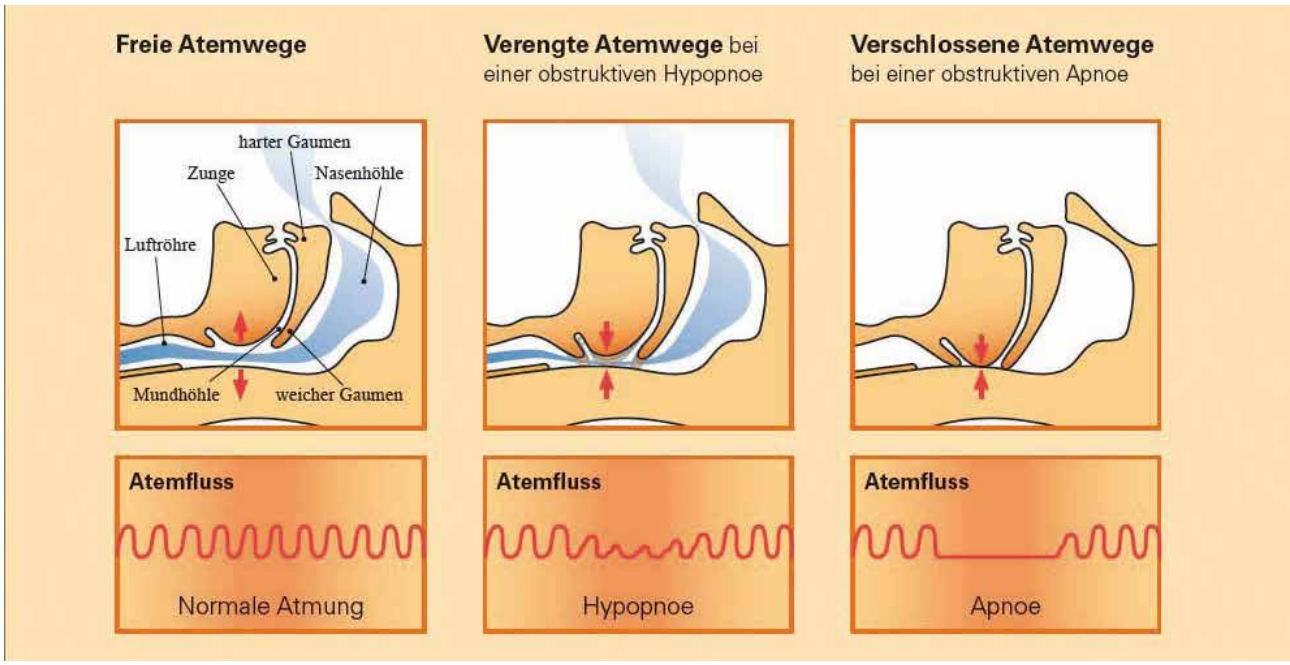


Abb. 1: Darstellung der normalen Atmung bei freien Atemwegen, bei teilweisem Verschluss dieser und reduzierter Atmung (Hypopnoe) oder bei verschlossenen Atemwegen und unterbrochener Atmung (Apnoe), jeweils in Rückenlage.

Abb. 2: Beispiel einer CPAP-Therapie im Schlaf

tigen Blutdruckanstiegen, Unterversorgung des Körpers mit Sauerstoff, über einen dauerhaften Bluthochdruck (Hypertonie), Entzündungsreaktionen der Blutgefäße bis zu ihrer dauerhaften Veränderungen (Atherosklerose) und letztlich zu einer starken Erhöhung des vorzeitigen Sterberisikos durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder Herzversagen. Aber selbst Depressionen oder Diabetes (Zuckerkrankheit) stehen im Zusammenhang mit einer Schlafapnoe.

Die bisher vorherrschende **Behandlung** einer Schlafapnoe ist seit mehreren Jahrzehnten die *CPAP-Therapie* (engl. continuous positive airway pressure).

Dabei wird Raumluft beim Einatmen mit Überdruck von einem kleinen Gerät (Kompressor) über einen Schlauch und eine angelegte Nasen- oder Nasen-Mundmaske in die oberen Atemwege gepumpt. Dies bewirkt eine „Luft-(Pneumatische) Schienung", d. h. eine luftdruckbedingte Offenhaltung des Atemweges im Gaumenbereich. So kann eine sonst gestörte Atmung im Schlaf normalisiert werden. Die präzise Einstellung des jeweils individuell erforderlichen Luftdruckes erfolgt dabei im Schlaflabor.

Patienten, die an der Schlafapnoe erkrankt sind und mit einem CPAP-Gerät (Positivdruckgerät) behandelt werden, haben aber öfters Probleme bei seiner Anwendung wie z. B. schlechtheilende Druckstellen durch den festen Druck der erforderlichen Masken. Teilweise bis zu 30 % von ihnen brechen deshalb die Therapie ab. Hier kann das *„Nachschlagewerk Schlafapnoe - Fragen und Antworten zur Therapie"* (voraussichtlich ab April verfügbar) Betroffene unterstützen und Therapieabbrüche verhindern helfen.

Erwachsene, die beim Schlafen unter häufigen Atemaussetzern (obstruktive Schlafapnoe) und in der Folge dadurch z. B. unter Tagesschläfrigkeit und Konzentrationsschwäche leiden, haben jetzt eine Alternative zu der beschriebenen CPAP-Therapie. Ab Januar 2022 kann als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen eine sogenannte Unterkiefer-Protrusionsschiene (UKPS) ihnen verordnet werden.

Abb. 3: Nachschlagewerk Schlafapnoe

Abb. 4: Beispiel einer individuellen Anti-"Schnarchschiene"

Den **Antrag** als Voraussetzung zur medizinischen Nutzenbewertung dieser sogenannten Anti-„Schnarchschiene" bei Schlafapnoe und zu ihrer Aufnahme als „Kassenleistung", hatten die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestellt. Damit erst konnte das jahrelange Verfahren bis zum rechtsgültigen Beschluss durch den G-BA im Herbst 2021 zu ihrer Anerkennung als Kassenleistung begonnen werden. Es ist jetzt seit Januar 2022 möglich, eine individuell durch Zahntechniker angefertigte Anti-„Schnarchschiene" bei obstruktiver Schlafapnoe verordnet zu erhalten. Spezialisierte niedergelassene Ärzte können nach Feststellung einer bestehenden obstruktiven Schlafapnoe diese Schiene verordnen.

Ein auf die schlafmedizinische Behandlung zusätzlich spezialisierter Zahnarzt muss dann die Möglichkeit einer Schlafschienenanfertigung für den betroffenen Patienten anhand der individuellen Zahn- und Kieferbefunde feststellen. Anschließend kann erst die Unterkiefer-Protrusionsschiene (aus Kunststoff) durch einen Zahntechniker angefertigt werden.

Die Ober- und Unterkiefer-Schiene sind mechanisch miteinander verbunden. Diese Anti-"Schnarchschiene" schiebt den Unterkiefer im Schlaf leicht nach vorne und hält ihn dauerhaft in dieser Position. So kann der Atemweg im Gaumenbereich während des Schlafens offen gehalten werden.

Die fertige Unterkiefer-Protrusionsschiene wird vom Zahnarzt anschließend im Mund des Patienten eingepasst.

Der verordnende Schlafmediziner überprüft dann die Wirksamkeit ihre Anwendung. Gegebenenfalls veranlasst er in Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt notwendige Anpassungen der Schiene.

Regelmäßige Nachkontrollen durch die Ärzte sind auch zur Vermeidung unerwünschter Nebenwirkungen oder zur Durchsicht notwendiger Korrekturen erforderlich.

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

Reinhard Wagner
Bundesverband
Gemeinnützige Selbsthilfe
Schlafapnoe Deutschland e.V.
Im Graben 7, 37671 Höxter
https://www.gsdschlafapnoe.de

Anzeige

Foto: Gettyimages

Alles im Lot

Motivation: Motor für ein aktives Leben mit Asthma

Im Umgang mit einer chronischen Erkrankung den Alltag zu meistern, kann immer wieder herausfordernd sein. Veränderungen als Chancen sehen – das ist nicht einfach. Aber die Motivation dafür steckt in jedem. Doch wie lassen sich diese Energiequellen aktivieren und was bestärkt darin, zielstrebig zu bleiben?

Mit einer chronisch-entzündlichen Atemwegserkrankung wie Asthma können Betroffene im Alltag an ihre Grenzen stoßen, die neue Situation erfordert mitunter Anpassungsleistungen. Sinkende Ausdauer und schlaflose Nächte führen bei manchen Menschen sogar zu sozialem Rückzug. Selbst wenn sich der „innere Schweinhund“ bisweilen damit abfindet – das muss nicht sein!

„Es ist unglaublich zu wissen, dass allein das Erzählen der eigenen Geschichte das Leben und hoffentlich auch die Gesundheit eines anderen Menschen beeinflussen kann“, ist die Erfahrung von Kortney. Dass ihr Asthma unzureichend kontrolliert war, erkannte die Berliner Bloggerin und Podcasterin lange nicht. Erst als sie eigene Ängste offen ansprach, stieg ihr Bewusstsein für ihre Erkrankung. Sie wollte mehr dazu wissen, um alle Chancen auszuschöpfen, (wieder) selbstbestimmt zu leben.

Ich schaffe das jetzt!

Probleme im Dialog offen zu benennen, kann die Weichen für Lösungen stellen. Erzähle in der Familie und Freunden Deine Asthma-Geschichte. Wer seinen gesundheitlichen Zustand kennt und weiß, wie gut sein Asthma kontrolliert ist, kann daran gegebenenfalls etwas verändern.

Motivationsstrategie in 3 Schritten

1 Asthma-Selbsttest

Ob Dein Asthma unter Kontrolle ist, lässt sich mit einem einfachen Selbsttest z. B. auf asthma-aktivisten.de einschätzen. Das Ergebnis bietet eine gute Basis für das Gespräch mit dem Lungenfacharzt oder der Lungenfachärztin.

2 Erfolgreich im Gespräch

Auf der Website der Asthma-Aktivisten finden sich hilfreiche Informationen für die Gesprächsvorbereitung. Diese können auch kompakt zusammengestellt in einer Patientenmappe kostenfrei bestellt werden. Wer noch auf der Suche nach einem Lungenfacharzt oder einer Lungenfachärztin ist, findet auf der Website auch eine Hilfe zur Facharzt-Suche.

3 Zielstrebig bleiben

Klar formulierte und realistische Ziele helfen dabei, persönliche Vorhaben in die Tat umzusetzen, um die Glücksmomente bei Zielerreichung auch feiern zu können. Als Unterstützung gibt es bei den Asthma-Aktivisten eine Vorlage für einen persönlichen Motivationsplan. Lass Dich inspirieren!

Die Initiative von Sanofi möchte Menschen mit Asthma unterstützen, ihren Alltag aktiv zu gestalten. Auch der Instagram-Kanal @Asthma_Aktivisten bietet dafür viele motivierende Beispiele und jede Menge Interessantes zum Thema Asthma.

MAT-DE-2200397-1.0-02/2022

Nicht medikamentöse Maßnahmen bei Heuschnupfen

– eine kritische Übersicht – Teil 1

K.-C. Bergmann

Schön anzusehen - aber eine „Quelle" für Pollen.

Pollen

Es ist einer dieser besonderen Momente in der Geschichte der Naturwissenschaften – vor rund 350 Jahren sieht der englische Arzt Nehemiah Grew (1641 – 1712) im Mikroskop bei seinen botanischen Studien kleine „Körner", die er zeichnet und zunächst als „The Sperme of (z. B.) Bindweed" in „The Anatomy of Plants" bezeichnet. Es sind Pollenkörner, die rund 120 Jahre später von drei weiteren Londoner Ärzten – beginnend mit William Heberden (1802), dann John Bostock (1819) und schließlich John Elliotson (1833) – zu Recht als Auslöser des seltenen „Hay Fever" (dt. „Heufieber") erkannt und beschrieben werden.

Und nun beginnt Mitte des 19. Jahrhundert eine einzigartige „Erfolgsstory" des heute wichtigsten Allergenträgers *Pollen*. *1855* wird der *erste* (soweit bekannt) *Heuschnupfenpatient in Deutschland* von dem Badearzt Ludwig Alfter detailliert beschrieben, 1862 kann Philipp Phoebus aus Gießen 154 „Heuschnupfenfälle" zusammenfassen.

Er bemerkt, dass „deren Zahl auffallend gering ist" und: „Die Krankheit ist häufiger bei Wohlhabenden, Gebildeten, Vornehmen als unter entgegengesetzten Verhältnissen." Hört sich das nicht schon nach einer Hygiene-Theorie an?

Die dann *Anfang des 20. Jahrhundert* einsetzende *pandemische Entwicklung der Erkrankung Heuschnupfen* ist bekannt. Von rund 1% der Rekruten der Schweiz bis zu einer heutigen Lebenszeitprävalenz von mindestens *rund 15%* unter den *Erwachsenen* in Deutschland entwickelt sich eine nicht ansteckende Erkrankung vom seltenen Fall zur *Volkskrankheit*.

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

Der allergische *Heuschnupfen* (allergische Rhinokonjunktivitis, ARK) 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 anzuwenden in der Annahme, dass diese frei von Nebenwirkungen seien.

In der Übersicht stellen wir *nicht-medikamentöse Methoden* vor, zu denen klinische Studien in der Literatur vorliegen. Die Methoden haben eine unterschiedlich gute Wirksamkeit. Eine evidenzbasierte vergleichende Bewertung 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 der durch Pollen verursachte Heuschnupfen (allergische Rhinokonjunktivitis, ARK) wegen seiner Häufigkeit eine Volkskrankheit und die häufigste allergische Krankheit in Europa. Die Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen liegt für Erwachsene in Deutschland auf der Basis von Befragungen zu ärztlich diagnostizierten Erkrankungen bei 14,8% und bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren bei 10,7%. Damit leiden rund 10,1 Millionen Erwachsene und 1,4 Millionen Kinder und Jugendliche allein in Deutschland an den saisonal auftretenden Beschwerden während der Pollensaison; dazu kommt eine unbekannte Zahl von Menschen mit einem durch Pollen ausgelösten Asthma bronchiale und einer durch Pollen ausgelösten allergischen Reaktion im Mundbereich.

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

Die *medikamentöse Therapie* des Heuschnupfens ist der *Standard* im Management der Erkrankung; sie ist erfolgreich, allerdings nicht ohne *Nebenwirkungen*. Am häufigsten treten bei der Behandlung mit anti-allergischen Medikamenten Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und ein erhöhtes Schlafbedürfnis auf.

Die *allergen spezifische Immuntherapie (AIT)* ist ebenso erfolgreich und die einzige krankheitsmodifizierende Therapieoption mit Beeinflussung des zugrunde liegenden Mechanismus der Erkrankung. Trotz nachweisbarer Erfolge bei der Reduzierung der Symptome und dem oft möglichen Übergang des Heuschnupfens in ein Asthma bronchiale wird sie nicht in dem wünschenswerten Umfang durchgeführt. Die Hinderungsgründe ihrer Anwendung sind vielfältig, hauptsächlich sind die erforderliche 3-jährige Behandlungsdauer und die Problematik einer zuverlässigen Langzeiteinnahme.

Viele Betroffene wünschen sich aus unterschiedlichen Gründen eine vollständige oder teilweise Hilfe durch nicht medikamentöse Mittel und greifen dabei auch zu ungeprüften und/oder mehr oder weniger wirkungslosen 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 beim Heuschnupfen (allergischen Rhinokonjunktivitis) zu geben. Dabei werden diejenigen Methoden oder Maßnahmen genannt, für die in klinischen Prüfungen eine zumindest teilweise Wirkung dokumentiert und die in wissenschaftlichen Zeitschriften nach einer fachlichen Begutachtung publiziert wurden.

Die Reihenfolge der Auflistung folgt nur dem Alphabet, nicht aber einer Bevorzugung durch den Autor oder einer besseren Wirksamkeit.

Akupunktur

Die jüngste zusammenfassende Studie zeigt, dass alle untersuchten Akupunktur-Methoden signifikant bessere Ergebnisse als Scheinakupunkturen haben Die Akupunktur wird insbesondere in der chinesischen

Foto: AdobeStock / Andrey Popov

Medizin in verschiedenen methodischen Varianten durchgeführt und fand auch Anwendung bei Betroffenen mit Heuschnupfen.

Bei einer Behandlung über 8 Wochen mit 12 Akupunkturen konnte im Vergleich zu einer Scheinakupunktur bei über 400 Teilnehmern eine geringe signifikante Verbesserung in der krankheitsspezifischen Lebensqualität und eine Reduktion von Anti-Histaminika dokumentiert werden; der Effekt war allerdings bereits nach einem Jahr nicht mehr nachweisbar. Eine kleine Studie mit 30 Teilnehmern stellte signifikante Effekte nach ebenfalls 12 Behandlungen innerhalb von 4 Wochen bei der Linderung der Symptome fest, aber die begleitende Medikation blieb jedoch unverändert hoch.

In einer weiteren Studie waren Symptome wie Nasenjucken und Niesen nach einer 4-wöchigen Behandlung mit wiederum 12 Akupunkturbehandlungen bei 175 Teilnehmern reduziert. Nach weiteren 4 Wochen ohne Therapie blieben die Symptome statistisch signifikant vermindert – im Vergleich zu einer Scheinakupunktur.

Zu einem insgesamt positiven Urteil kommt eine zusammenfassende Studie, von 13 Publikationen im Jahr 2015. Dabei wurden 1.126 mit einer Akupunktur behandelten Patienten mit Heuschnupfen 1.239 Patienten ohne Akupunktur gegenübergestellt. Die mit Akupunktur Behandelten wiesen eine signifikante Reduzierung ihrer Nasensymptome, des Medikamentenverbrauchs sowie sogar eine Reduktion des Gesamt-IgE im Blut auf. Auch die Lebensqualität ergab in der Summe dieser Publikationen eine Verbesserung; Nebenwirkungen scheinen nach der Akupunktur nicht aufzutreten.

Eine jüngste zusammenfassende Studie von 2020 wertete die Ergebnisse von 39 publizierten Studien mit 3.433 Teilnehmern aus. Sie kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass alle untersuchten Akupunktur-Methoden signifikant bessere Ergebnisse als Scheinakupunkturen auf die Nasenbeschwerden und die Lebensqualität haben. Die Methode der Erwärmung spezieller Punkte des Körpers (Moxibustion) führte zu den besten Ergebnissen, aber auch die Kombination einer Akupunktur in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung war wirksam.

Für Patienten mit Heuschnupfen, die auf eine medikamentöse Standardtherapie nicht ausreichend reagieren oder nicht tolerierbare Nebenwirkungen verspüren, könnte die Akupunktur von Bedeutung sein. Vermutlich wird die Wirkung sehr von der Erfahrung des Akupunkteurs und möglicherweise auch von der Bereitschaft des Patienten abhängen, sich auf eine Akupunktur einzulassen.

Autofilter

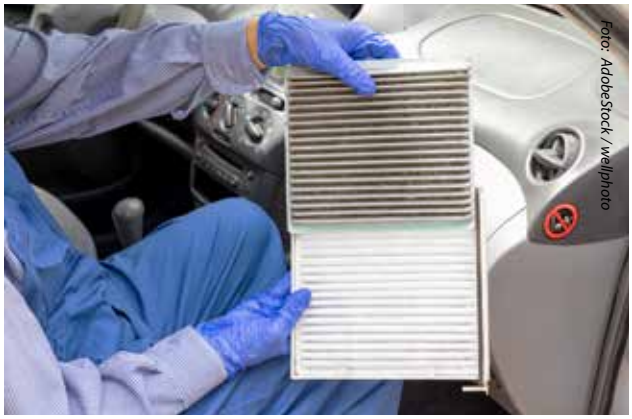


Foto: AdobeStock / wellphoto

Die heute in allen Autos eingebauten Filter halten Teilchen von ca. 0,7 bis 74 µm aus der Außenluft effektiv zurück, unabhängig von ihrem Ursprung (pflanzlich, tierisch, metallisch, Straßen- oder Reifenabrieb). Damit werden auch komplette Pollen aber auch Bruchstücke von Pollen regulär am Eintritt in das Auto bei geschlossenen Fenstern gehindert und so die an Heuschnupfen leidenden Autofahrer geschützt. Eine klinische Studie zum Nachweis der positiven Wirkung von Autofiltern während der Fahrt mit dem Auto scheint bisher nicht erschienen zu sein. Andererseits gibt es Untersuchungen, dass Allergien für bis zu 7% der Verkehrsunfälle u. a. durch den reflektorischen Lidschluss beim Niesen verantwortlich sind.

Allerdings – auch die besten Filter in Autos altern bzw. „verstopfen“, so dass der Filtereffekt auf kleine Partikel aus der Außenluft (PM 2,5) nachlässt. Ohne auf veröffentlichte Daten verweisen zu können, kann Pollenallergikern empfohlen werden, mindestens alle 2 Jahre den Filter auszuwechseln.

Bepflanzung privater und öffentlicher Räume

Foto: AdobeStock / Dmitro

Ambrosia

Die Art der Bepflanzung des eigenen Gartens, Vorgartens oder öffentlicher Räume kann deutlichen Einfluss nehmen auf die Höhe der Pollenkonzentration in der Luft. Es macht einen Unterschied, ob eine Birke direkt vor dem Fenster des Schlafzimmers steht oder einige hundert Meter entfernt.

Vorschläge zum Schutz von Menschen mit Pollenallergie durch die Auswahl von Pflanzen bei Neuanpflanzungen in Städten wurden in Deutschland gemacht. Auch für den Mittelmeerraum wurden allergologisch sinnvolle Empfehlungen für eine „allergikerfreundliche" Bepflanzung in Städten publiziert.

Wenn man auch nicht davon ausgehen kann, dass durch die Vermeidung der Anpflanzung – beispielsweise von Birken – in einer Stadt das Auftreten ihrer Pollen gänzlich vermieden werden kann, so wird jedoch durch ihre Reduktion Allergikern wirksam geholfen. Ebenso kann man durch die Hemmung der Verbreitung anderer Pflanzen mit hochallergenisierenden Pollen in der Stadt, zum Beispiel von Ambrosia und Götterbaum, neue Sensibilisierungen zumindest reduzieren.

Generell kann empfohlen werden, möglichst *insektenbestäubte* Pflanzen Windbestäubten bei Neuanpflanzung vorzuziehen und allgemein eine Vielfalt von Pflanzen anzustreben.

Phototherapie in der Nase

In einer ersten zusammenfassenden Studie bestätigt der Autor deutliche Verbesserungen durch eine Phototherapie in der Nase im Vergleich zu den Ausgangswerten. Da diese Therapie in der Behandlung von chronisch entzündlichen Hauterkrankungen (atopische Dermatitis) wirksam ist und dabei positive Effekte hat, wurde die Phototherapie auch beim Heuschnupfen erprobt.

Nach der Anwendung von Licht mit sichtbaren und unsichtbaren Lichtanteilen in der Nase (UVA, UVB) bei 62 Erwachsenen in einer kontrollierten Studie (je 31 Behandelte bzw. Kontrollen) ergaben sich deutliche Befundverbesserungen.

In einer ersten zusammenfassende Studie von 2015 fanden sich deutliche Verbesserungen durch eine Phototherapie im Vergleich zu den Ausgangswerten, wie verringerte Nasenbefunde, verbesserte Lebensqualität und deutlich weniger Veränderungen in der Nase. Diese Effekte fanden sich auch im Vergleich zu einer Scheintherapie oder zu einer Antihistaminika-Behandlung zu.

Eine jüngere zusammenfassende Studie von 2017 aus insgesamt 12 Studien (überwiegend in China) kam ebenfalls zu dem Schluss, dass die lokale Phototherapie zu einer deutlichen Verbesserung der Nasenbefunde und der Lebensqualität ohne wesentliche Nebenwirkungen führte.

Aufgrund der Kenntnisse aus der Behandlung von Hauterkrankungen und genereller Erwägungen zu möglichen Schädigungen an den Schleimhauten, muss aber darauf hingewiesen werden, dass die lokale Anwendung von UV-Licht nicht ohne Risiko ist, zumal auf einer Schleimhautoberfläche, die natürlicherweise keinem UV-Licht ausgesetzt ist. Diese Methode kann daher nicht empfohlen werden.

Kleidung und Pollen

Foto: AdobeStock / Ljupco Smokovski

Kleidung ist ein potentieller Überträger von Pollen aus der Außenwelt in Innenräume. Beim Aufenthalt im Freien während der Pollensaison sind die am Körper getragenen Kleidungsstücke den Pollen der Außenluft ausgesetzt und werden so zu passiven „Pollensammlern". Die Menge an Pollen auf den Kleidungsstücken wird dabei u. a. durch die Art der Textilien, die Pollenkonzentration in der Außenluft und durch die Dauer des Aufenthaltes beeinflusst; auf T-Shirts oder Hosen sollen sich in einer Pollenhochsaison relativ schnell Hundertausende oder gar Millionen von Pollen sammeln. Damit besteht das Risiko, erhebliche Pollenmengen in die häusliche oder Arbeitsumgebung einzutragen.

Die auf Kleidungsstücken anhaftenden Pollen können sich durch Bewegungen, und dem Be- und Entkleiden leicht wieder von der Textiloberfläche lösen und sich dann in der Raumluft verteilen. Daher empfiehlt sich das Ablegen im Freien getragener Oberbekleidung vor dem Betreten von Wohnung oder Arbeitsumgebung. Pollenbelastete Kleidungsstücke können anschließend durch einmaliges Waschen in der Waschmaschine vollständig oder durch Ausschütteln oder Ausbürsten um ca. 70% entfernt werden.

Kleidung ist also ein potentieller Überträger von Pollen aus den Außenbereichen in Innenräumen, dieses Risiko kann durch einfache Maßnahmen vermieden werden.

Künstliche Tränen und Augenkompressen

Künstliche Tränen und kühlende Augenkompressen werden bei einer allergischen Bindehautentzündung (Konjunktivitis) nur selten angewendet. In einer Studie wurden in einer Expositionskammer Beide an 18 Probanden mit einem Heuschnupfen durch Gräserpollen geprüft – und für wirksam befunden. Dabei konnten beide Anwendungen die akuten Augensymptome deutlich reduzieren. Künstliche Tränen zeigten sich als wirksamer.

Luftreinigungsgeräte

Die Entfernung von Pollen aus der Luft in Innenräume durch Luftfilter ist eine bisher zu wenig genutzte Methode der Vorbeugung eines Heuschnupfen.

Pollen werden meist nur in der Außenluft vermutet. Studien haben den Nachweis von Birken- und Gräserpollen auch in Wohnungen, Schulen und Geschäften erbracht. Sie können in Innenräumen so auch nach bzw. außerhalb der Pollensaison zu anhaltenden Symptomen führen. Hier können Luftreiniger wirksam helfen.

Foto: AdobeStock / DG PhotoStock

Die Wirksamkeit eines Luftreinigers bei einer hohen Konzentration von 4.000 Gräserpollen pro Kubikmeter Luft (über 90 Minuten) konnte in einer speziellen Expositionskammer ermittelt werden. Der Luftreiniger führte zu einer deutlichen Reduzierung der Heuschnupfensymptome im Vergleich zu einer identischen Pollenkonzentration und dem Einsatz eines Luftreinigers mit herausgenommenem Filter.

Der Betrieb eines Luftreinigers im Schlafzimmer von Patienten mit Heuschnupfen ergab, dass die Luftfilterung in der Nacht die Symptome bei den Betroffenen mit Heuschnupfen deutlich reduzieren kann. Zugleich war ein morgendlicher Lungenfunktionswert (Peak-Flow) bei ihnen deutlich besser als bei einer Kontrollgruppe ohne diesen. Wenn die Patienten zugleich eine ganzjährige Allergie hatten, konnten diese Effekte nicht gezeigt werden. bestätigt der Autor daher die Installation eines Luftfiltersystems für alle Heuschnupfenpatienten. Die erzielten Symptomreduktionen waren relativ gering; jedoch war auch die Schwere der Symptome bei den Patienten, sowohl in der aktiven als auch in der Vergleichsgruppe bei relativ geringgradiger Symptomatik mäßig.

In einer vergleichenden Studie (mit und ohne eingebauten Filter) wurde der Effekt eines Luftreinigers im

Schlafzimmer bei 90 Menschen mit Heuschnupfen durch Beifußpollen geprüft. Die Symptome wurden dabei deutlich bei Anwendung eines Luftfilters reduziert.

Eine neuere Studie, überprüfte die Wirkung von Luftreinigern mit HEPA-Filtern in Schlaf- und Wohnzimmern über 6 Wochen auf die Linderung der Heuschnupfensymptome und die Höhe der Medikamenteneinnahme – allerdings bei einem durch Milben ausgelösten Heuschnupfen. Der Erfolg war vielversprechend: Weniger Symptome, weniger Medikamente, bessere Lebensqualität und reduzierte Pollenkonzentrationen. Milben sind keine Pollen, aber ihre luftgetragenen Allergenpartikel werden durch Luftfilter auch deutlich reduziert. Mit den Effekten deutlich verringerten Heuschnupfen-Symptome.

Die Belastung von Innenräumen durch eingedrungene Pollen und ihre Reduzierung durch Luftfilter ist nach bisherigen Kenntnissen eine noch immer unterschätzte Möglichkeit. Sie sollte intensiver untersucht und genutzt werden.

Mund-Nasen-Masken (Pollenschutzmasken)

Foto: AdobeStock / Inka

Mund-Nasen-Masken sollten nicht nur geeignet sein, um Luftschadstoffe und Corona-Viren bei der Einatmung zu reduzieren, sondern auch in der Luft vorhandenen Allergene. Dafür gibt es einige wenige Berichte.

In einer frühen japanischen Arbeit wurde die Wirkung von Gesichtsmasken (Nase und Mund) in Kombination mit dem Tragen von Sonnenbrillen bei Menschen mit einer Allergie gegen Pollen der Japanischen Zeder (Cryptomeria japonica) geprüft. Die Anzahl an Pollen in der Nasenhöhle und am Auge wurde durch die Masken und Brillen als deutlich reduziert beschrieben, allerdings abhängig vom herrschenden Wind. Bei stärkeren Winden war die Schutzwirkung einer Kombination von Maske und Brille geringer.

Eine Fragebogenerhebung bei Krankenschwestern in einem israelischen Krankenhaus ergab unter denjenigen mit einem Heuschnupfen, Hinweise darauf, dass das Tragen einer medizinischen Maske oder einer entsprechenden FFP2-Maske während des Klinikdienstes ihre allergischen Symptome insgesamt reduzieren konnte. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass Pollen, Schimmelpilzsporen, Tierhaare und Hausstaubmilbenallergene in der Klinik nur in geringen Konzentrationen vorhanden sind. Dennoch fand sich eine positiver Effekt.

Zur Bewertung der schützenden Wirkung von Mund-Nasen-Masken wurden 14 Erwachsene mit einem gesicherten allergischen Heuschnupfen durch Gräserpollen und seit mindestens 2 Jahren bei ihnen auch außerhalb der Gräserpollensaison bestehend, in einer Expositionskammer mit einer hohen Dosis von Gräserpollen über 2 Stunden ausgesetzt. Dabei trugen sie entweder keine Maske, eine medizinische Maske oder eine FFP2-Maske. Das Tragen einer Maske führt zu einer deutlichen Verminderung ihre Heuschnupfen-Symptome. Das „Allgemeine Wohlbefinden“ wird durch das Tragen der Masken bei Pollenbelastung deutlich verbessert. Dabei fanden sich keine bedeutenden Unterschiede in der Wirksamkeit beider Masken.

Im Ergebnis kann das Tragen von Masken während der Pollensaison kann daher als eine wirksame nicht medikamentöse Schutzmöglichkeit für Pollenallergiker empfohlen werden, besonders an Tagen, an denen eine hohe Pollenbelastung vorausgesagt wird.

Fortsetzung folgt...

Prof. Dr. Karl-Christian Bergmann
Institute of Allergology,
Charite - Universitatsmedizin Berlin,
Haus 2
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin

Die elektronische Patientenakte (ePA)

Für wen ist sie schon jetzt sinnvoll? Wie bekomme ich sie und wie nutze ich sie am besten?

Am 22. Februar 2022 fand im Rahmen einer Zoom-Konferenz, d. h. als Videokonferenz, eine vierstündige Informationsveranstaltung zum Thema elektronische Patientenakte (ePA) statt. Nach der Einführung durch die Einladenden Marius Schlichting und Jana Hassel von der BAG SELBSTHILFE wurde zunächst nach der Kenntnis der Teilnehmenden zu ePA gefragt. Es stellte sich heraus, dass der Begriff ePA zwar relativ bekannt war. Die Meisten hatten aber noch keine praktische Erfahrung mit der ePA gemacht.

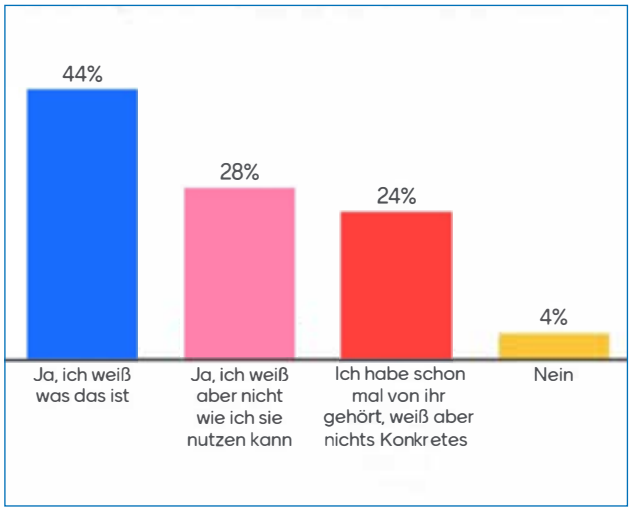


Abb. 1: Kennen Sie die elektronische Patientenakte?

Im Anschluss daran folgte der erste Vortrag von Herrn **Bunar** von der **Gematik**. Die Gematik GmbH wurde im Januar 2005 von den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens gegründet, um gemäß gesetzlichem Auftrag die Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und ihrer Infrastruktur in Deutschland voranzutreiben, zu koordinieren und die Interoperabilität der beteiligten Komponenten sicherzustellen. Nach dieser Vorstellung folgte ein Vortrag zu den Möglichkeiten (Features) der elektronischen Patientenakte.

Es besteht das Problem, dass die Gesundheitsinformationen, ohne eine elektronische Patientenakte, an verschiedenen Stellen (z.B. Hausarzt/Facharzt oder Krankenhaus) liegen. Patienten sind also darauf angewiesen, dass die Ärzte untereinander umfassend kommunizieren, damit alle Beteiligten zur jeweiligen Krankengeschichte des betroffenen Patienten umfassend informiert sind. Selbst wenn ein Austausch stattfindet, bildet dieser jedoch eine zusätzliche und mögliche Fehlerquelle, die die erforderliche konkrete Behandlung negativ beeinflussen oder verzögern kann. Die ePA soll gewährleisten, dass Patienten ihre Gesundheitsdaten immer bei sich haben und den behandelnden Ärzten unmittelbar zur Verfügung stellen können.

Die ePA verbessert und sichert so die umfassende ärztliche Kenntnis bei jedem Arztbesuch und unterstützt dadurch die Diagnostik und Therapie. Die Nutzung einer ePA ist für Patienten aktuell nicht verpflichtend. Sie steht den Versicherten jedoch kostenlos zur Verfügung. Sie kann einrichtungsbezogen (z.B. Arzt oder Krankenhaus) und sektorenübergreifend (z. B. zwischen Arzt und Krankenhaus) genutzt werden. Darüber hinaus ist es für Patienten möglich, auch selbst umfassend Einsicht in die eigene ärztliche Behandlung zu nehmen. Im weiteren Teil ging Herr Bunar auf die technischen Details der ePA ein.

Technische Voraussetzungen für den (versicherten) Patienten:

- Smartphone, PC, Tablet, NFC (Near Field Communication) = kontaktlose Datenübertragung
- Elektronische Gesundheitskarte mit PIN
- ePA > Implementierung bei der Krankenkasse
- elektronisches Lesegerät für die Gesundheitskarte
- Leistungserbringer (z.B. Ärzte, Krankenhäuser) brauchen ein Systemupdate, einen Konnektor, ein Kartenterminal für die eGK und eine Institutionskarte und einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA)

Nutzer der ePA können diese für Dritte, wie z.B. Ehepartner oder Angehörige freigeben, so dass diese im Notfall auf die Gesundheitsdaten der Person zugreifen oder diese weitergeben können.

Aus aktuellem Anlass besonders interessant:
Der Impfausweis ist in der ePA App abbildbar.

Im letzten Teil gab es noch Informationen zum Aufbau der ePA.

In einer anschließenden Fragerunde konnten diverse Fragen z.B. zum technischen Stand der ePA, zur allgemeinen Nutzung, sowie zum Datenschutz und zur Barrierefreiheit beantwortet werden. Hier stellte sich heraus, dass es noch Nachholbedarf zumindest bei einigen Punkten gibt, um die ePA möglichst nutzerfreundlich zu gestalten.

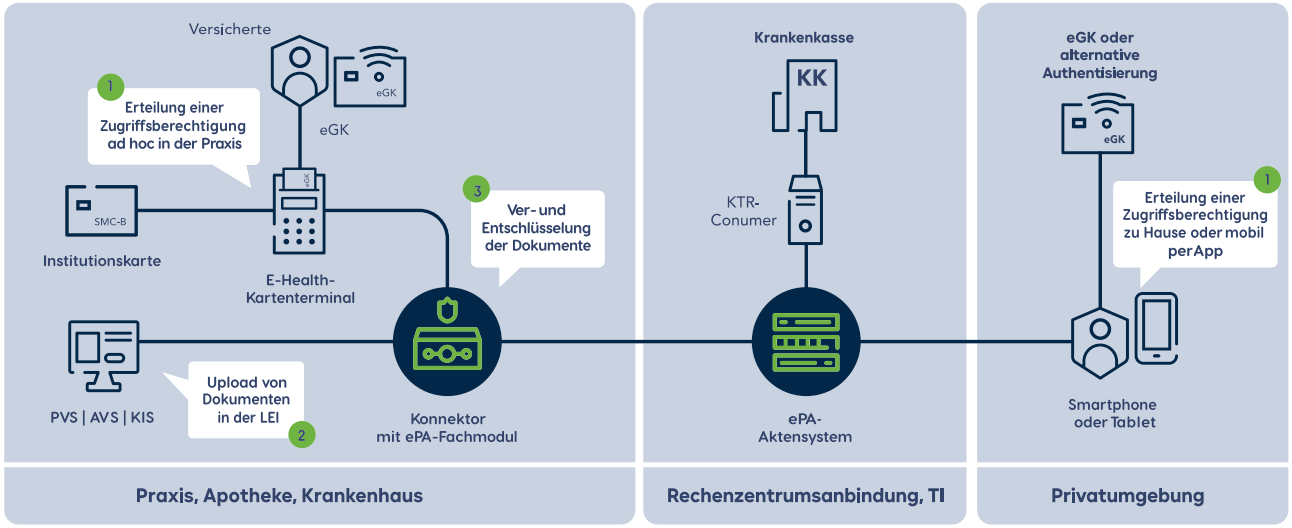


Abb. 2: Thematische Übersicht zur Vernetzung der ePA (Quelle: langguth.digital)

Im folgenden Teil der Veranstaltung stellte Frau **Codjo** von der **BARMER Krankenkasse** die e-Care App Ihrer Krankenkasse, als Beispiel einer ePA vor.

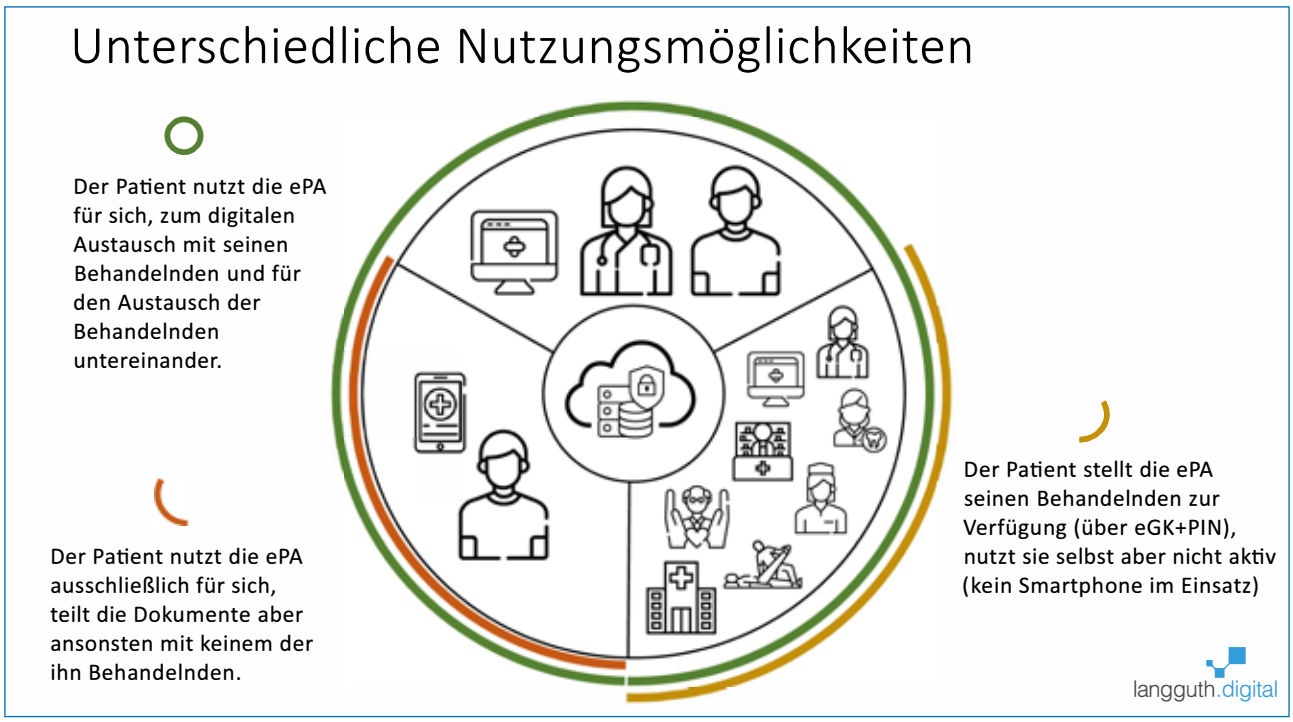
- Die Daten in der BARMER e-Care App werden durch Username und Passwort, Gerätebindung und Identitätsprüfung gesichert, sodass die Daten vor Fremdnutzung geschützt seien.
- Krankenkassen können und dürfen die medizinischen Daten nicht einlesen.
- Die Startseite ist übersichtlich und nutzerfreundlich gestaltet.
- Die Dokumente sind in der e-Care App chronologisch aufbereitet. Dazu gibt es noch eine Suchfunktion, um schneller an ältere Dokumente zu gelangen.
- Impfpässe, Allergieausweise und weitere Pässe können in der E-Care App eingespeichert werden. Außerdem können Medikationspläne eingespeichert werden.
- Darüber hinaus verfügt die BARMER e-Care App über einen Schwangerschaftsbegleiter und einen Gesundheitsnachrichtendienst.
- Im Sicherheitsmenü kann man alle Sicherheitsparameter der App einstellen.
- Dokumente werden entweder per Direktbefehl, als auch als PDF vom Endgerät in die App hochladen. Diese lassen sich dann in Vertraulichkeitskategorien einteilen, die festlegen, wer auf die Daten zugreifen kann (z.B.: *Normal: Alle* Praxen können auf das Dokument zugreifen. *Vertraulich*: Nur *bestimmte* z. B. Praxen können auf das Dokument zugreifen.)
- Man kann außerdem gezielt Ärzte suchen und dann Berechtigungen erteilen.
- Man kann unterschiedliche Berechtigungszeiträume festlegen.
- Die App bietet eine Überblicksfunktion, die alle Leistungserbringer anzeigt, denen eine Zugriffsberechtigung erteilt wurde.
- Einnahmeerinnerungen/Wecker sind integriert. Weiterhin kann man auch ein Einnahmeprotokoll erstellen.
- In der App können zugriffsberechtigte Vertreter aufgeführt werden.
- Das Einspeichern eines Notfallpasses ist möglich.

In der anschließenden Diskussion wurden noch weitere technische Fragen erläutert.

Nach einer Pause folgte der dritte und letzte Vortrag von Herrn **Langguth**, einem **selbstständigen Unternehmensberater**, zum Thema was kann die ePA und was noch nicht.

Laut Herrn Langguth ist es grundsätzlich wichtig, dass die ePA (uns) den Patienten gehört und dass sie diese so nutzen können, wie es ihren individuellen Bedürfnissen entspricht. Die ePA kann bestenfalls dazu dienen, elektronische Dokumente der eigenen Behandlung beispielsweise mit den behandelnden Ärzten auszutauschen, Befunde zu teilen und entgegenzunehmen. Weiterhin kann die Nutzung der ePA die Selbstorganisation verbessern und die Transparenz erhöhen. Ebenso ermöglicht die ePA einen besseren Austausch zwischen den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern usw.

Er hebt hervor, dass die ePA ein Datenmanagementsystem ist, dass viele Dateitypen speichern kann, wobei die Nutzer (der jeweilige Patient) die Kontrolle über die Dokumente hat. Heilmittelerbringer und Therapeuten haben derzeit noch keinen Zugang zur ePA.



Weitere Nutzungsmöglichkeiten, die eine ePa leisten kann sind:

Ordnung durch ein Register der Metadaten:

- Daten werden verschlüsselt hochgeladen und liegen verschlüsselt im Server, Metadaten müssen klar gepflegt und richtig eingetragen werden (das ist aufwendig, aber sehr wichtig).

Speicherung in der ePA:

- Jeder Versicherte hat sein eigenes Aktensystem
- Man kann nicht einstellen, welche Mitarbeitenden einer Einrichtung die Akte einsehen dürfen - man berechtigt immer die gesamte Einrichtung!

Arten der Berechtigungserteilung:

- *Bestenfalls* werden am Empfangstresen Zugriffsrechte gewährt
- *Alternativ*: Direkt über die App
- weitere Zugriffsberechtigte (Angehörige)
- Aktuell fehlt (noch ?) die Möglichkeit, Berechtigungswege zu speichern

Medizinische Informationsobjekte (MIOs)

- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist beauftragt mögliche MIOs in der ePA zu spezifizieren.

Zum Abschluss – was kann die ePA (noch) nicht:

- Es gibt keine Volltextsuchfunktion.
- Es gibt keine diagnosebezogene Gliederung.
- Große Bilddateien (Röntgen- oder CT-Bilder) können nicht in der ePA gespeichert (hochgeladen) werden.
- Eine Kopplung mit anderen Systemen ist nicht möglich.
- Es gibt keinen digitalen „Mutterpass“ in der ePA.

Nichtsdestotrotz ist die ePA in seinen Augen eine große Chance, den Informationsaustausch im Gesundheitswesen nachhaltig zu verbessern und zu verknüpfen.

Der Austausch wischen den Teilnehmern und den Referenten war sehr intensiv. Insgesamt war die Veranstaltung mit bis zu 70 Teilnehmenden ausgesprochen gut besucht.

Der Autor:
Jürgen Frischmann

stellv. Vorsitzender der DPLA

Foto: privat

Zuwendung im Krankenhaus

DEKV fordert die Entwicklung eines Zuwendungsindex, der langfristig in die Qualitätsbemessung der Krankenhausversorgung einfließt

Foto: AdobeStock / pikselstock

Etwas mehr als ein Drittel der über 65-Jährigen in Deutschland lebte im Jahr 2020 allein. Bei den über 85-Jährigen stieg der Anteil auf mehr als die Hälfte (58 Prozent). Fehlen Lebenspartner:in, Freunde und Verwandte, droht alten Menschen schnell die Einsamkeit. Im Fall einer Erkrankung oder Krankenhauseinweisung sind diese Menschen auf sich allein gestellt: Tröstender Besuch bleibt nicht nur an Weihnachten aus, Fragen zum Umgang mit ihrer Erkrankung und der Behandlung müssen sie oft mit sich selbst ausmachen. Für diese und alle anderen Patient:innen ist neben der hochwertigen medizinischen Versorgung eins wichtig: Zuwendung durch die Ärzt:innen und Pflegenden. „Professionelle Zuwendung bedeutet, dass unsere Mitarbeitenden kranke Menschen mit ihren körperlichen und emotionalen Bedürfnissen empathisch wahrnehmen und eine Beziehung auf Zeit zu ihnen aufbauen. Sie bedeutet auch, zu sehen, wie die Patient:innen wirken, was sie tun und ihnen zuzuhören. Ein Teil dieser Zuwendung ist die Kommunikation. Für den Erfolg einer Behandlung ist sie immens wichtig: Sie nimmt Ängste, erklärt Zusammenhänge und fördert so die Therapietreue“, so Christoph Radbruch, Vorsitzender des DEKV (Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes.

Den ganzen Menschen sehen

Die Möglichkeit, Zuwendung zu zeigen, ist auch für die Mitarbeitenden im Krankenhaus wichtig. Nur wenn Ärzt:innen und Pflegende die Motive und Bedürfnisse der Patient:innen kennen, können sie die bestmögliche Therapie und Pflege für jede:n Einzelne:n umsetzen. „Dieser zwischenmenschliche Aspekt war für viele unserer Mitarbeitenden ausschlaggebend, um einen Beruf in der Medizin oder der Pflege zu wählen. Doch Zuwendung kostet Zeit“, weiß Radbruch. „Durch die Technisierung in der Medizin wird diese Zeit nicht anerkannt, nur was evidenzbasiert ist, findet Anerkennung und wird finanziert. Das müssen wir ändern – zum Wohl für unsere Patient:innen, aber auch für unsere Mitarbeitenden. Dazu ist es notwendig, die professionelle Zuwendung im Krankenhaus so zu beschreiben, dass sie zu den evidenzbasierten Qualitätskriterien passt. Um dies zu erreichen, wäre es aus Sicht des DEKV wünschenswert, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu beauftragen, einen Zuwendungsindex für die stationäre Patientenversorgung zu entwickeln. Dieser sollte dann in die Qualitätsmessung der Krankenhausversorgung eingeführt und in den Qualitätsberichten veröffentlicht werden. Nur so wird es gelingen, die Zeit zu finanzieren, die die Mitarbeitenden brauchen, um sich den kranken Menschen zuzuwenden.

Denn eins ist sicher:
Zuwendung ist ein wichtiger Bestandteil der Medizin und das zu jeder Zeit, nicht nur an Weihnachten.“

Quelle: Pressemitteilung des DEKV

Arbeitshilfe

Digitale Gesundheitsanwendungen DIGA – Was ist das überhaupt und wie können sie Patient:innen helfen?

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sollen Patient:innen laut Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten unterstützen. Deshalb werden DiGA auch als „digitale Helfer" für Patient:innen bezeichnet.

Zu den DiGA stellen sich Patient:innen aktuell sehr viele Fragen. Was sind DiGA überhaupt und was unterscheidet sie von herkömmlichen Gesundheitsapps? Wie können DiGA die Behandlungen von Patient:innen verbessern und sind sie wirklich sicher und werden die Daten der Patient:innen ausreichend geschützt?

Diese und noch weitere Fragen rund um das Thema „DiGA" sollen in dieser Arbeitshilfe beantwortet werden. DiGA sind nicht dafür gedacht den Arztbesuch, eine Therapie o.ä. zu ersetzen, sie dienen ausschließlich zur Unterstützung begleitend zur herkömmlichen Behandlung.

Damit DiGA auf Kosten der Krankenkasse bezogen werden können, müssen diese ein Prüfverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erfolgreich durchlaufen haben. Anschließend listet sie das BfArM, in Abhängigkeit von vorliegenden oder geplanten Nachweisen positiver Versorgungseffekte dauerhaft oder zur Erprobung, in einem Verzeichnis für Digitale Gesundheitsanwendungen.

https://diga.bfarm.de/de

Der Erprobungszeitraum umfasst zwölf Monate und kann in begründeten Fällen um zwölf weitere Monate verlängert werden. Die Erprobung von DiGA und deren Dauer sind im Verzeichnis beim BfArM kenntlich zu machen.

Aber der Reihe nach, was sind eigentlich DiGA?

01 Definition von DiGA gemäß § 33a SGB V

Gemäß den Klassifizierungsregeln werden Medizinprodukte in vier Risikoklassen unterteilt: I, IIa, IIb und III (je nach Risiko bei der Anwendung).

Die Risikoklassen sind EU-weit durch den Anhang IX der Richtlinie 93/42/ EWG festgelegt Die Einteilung in eine Risikoklasse obliegt dem Hersteller mit der Zweckbestimmung. Weder die EU-Richtlinie noch die nationale Gesetzgebung nimmt eine solche Einteilung vor. Insgesamt gibt es vier Risikoklassen, die ein unterschiedlich hohes Risikopotential tragen:

1. Klasse I
- geringes Risiko
- geringer Invasivitätsgrad
- vorübergehende Anwendung (< 60 Minuten)
- Beispiele: Gehhilfen, Stützstrümpfe, Verbandmittel

2. Klasse IIa
- mittleres Risiko
- mäßiger Invasivitätsgrad
- kurzzeitige Anwendung (< 30 Tage), ununterbrochen/wiederholter Einsatz des gleichen Produkts
- Beispiele: Desinfektionsmittel (für Instrumente und Geräte), Einmalspritzen, Hörgeräte

3. Klasse IIb
- erhöhtes Risiko
- systemische Wirkung
- langzeitige Anwendung (> 30 Tage)
- Beispiele: Beatmungsgeräte, Defibrillatoren, Kondome

4. Klasse III
- hohes Risiko
- unmittelbare Anwendung an Herz, zentralem Kreislauf- oder Nerven-system
- implantierbar und/oder hoch-invasiv
- Beispiele: Herzkatheter, Stents, künstliche Gelenke3

Laut der EU-Medizinproduktverordnung, welche die Anforderung definiert, die Hersteller:innen erfüllen müssen, um Medizinprodukte in der EU verkaufen zu dürfen, müssen DiGA Medizinprodukte der Klassen I oder IIa sein.

DiGA unterstützen:
- die Erkennung
- die Überwachung
- die Behandlung
- die Linderung
- die Kompensierung

von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen, wobei die *Hauptfunktion* auf *digitalen Technologien* beruht.

In der Regel sollen DiGA von Patient:innen und behandelnden Ärzt:innen, Therapeut:innen oder anderen Leistungserbringenden gemeinsam genutzt werden. So soll der Austausch für beide Seiten vereinfacht werden.

Ein **Beispiel** hierfür wäre beispielsweise, wenn eine an Diabetes erkrankte Person, in einer DiGA die Ernährung seit dem letzten Arztbesuch dokumentiert. Diese Dokumentation sollte dann auch dem Arzt (Leistungserbringenden) zur Verfügung gestellt werden. So ist es einfacher herauszufinden, durch welche Lebensmittel z. B. die Blutzuckerwerte ggf. negativ beeinflusst werden. Ärzt:innen könne so sehr viel schneller auf die Bedarfe der Patient:innen reagieren und die Behandlung ggf. anpassen.

Es ist aber nicht so, dass jede Gesundheits-App eine DiGA ist. Wie in der Einleitung beschrieben, müssen Apps ein strenges Prüfverfahren beim Bun-desinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durchlaufen, um als DiGA eingestuft zu werden. Dabei müssen diverse Nachweise erbracht werden. Zu Beginn werden Gesundheits-Apps auf ihre Funktionalität und Sicherheit überprüft. Apps mit fehlerhafter Bedienung oder unvollständiger Fertigstellung können somit keine DiGA sein. Auch dürfen in DiGA keine Pop-Up Werbungen o.ä. geschaltet werden. Des Weiteren müssen die Apps weitere Qualitätsaspekte erfüllen, wobei vor allem der Datenschutz, die Datensicherheit und die Interoperabilität im Vordergrund stehen. Der Datenschutz bei DiGA geht deutlich über die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) hinaus. Hersteller müssen dabei eine lange Liste von Datensicherheits- und Datenschutzanforderungen erfüllen.

Final müssen DiGA einen klar erkennbaren, positiven Versorgungseffekt aufweisen. Sie müssen einen Medizinischen Nutzen erfüllen oder Struktur-und Verfahrensverbesserungen gewährleisten.

Für weitere Informationen zu Gesundheitsapps, kann man unter folgendem Link eine ausführliche Zusammenstellung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) finden: https://www.patienten-information. de/kurzinformationen/gesundheits-apps#

02 Wie können DiGA die Behandlung von Patient:innen nachhaltig verbessern?

DiGA sollen unter Anderem bestehende Versorgungslücken in der Behandlung von Patient:innen schließen. Gerade in der Zeit zwischen den Praxisbesuchen sollen DiGA den Patient:innen eine Möglichkeit bieten, die Behandlung oder Therapie eigeninitiativ voranzutreiben. DiGA können dabei unterstützend wirken, Verhaltensveränderungen bei den Patient:innen zu erreichen. Gerade bei der Umsetzung von Therapieansätzen, Ernährungsplänen und anderen Teilen der Behandlung, welche von den Patient:innen ohne direkte Aufsicht durch Ärzt:innen, durchgeführt werden müssen, könne DiGA zur Unterstützung sehr hilfreich sein. Deshalb werden DiGA auch umgangssprachlich „digitale Helfer“ genannt. Ein weiterer positiver Aspekt, der hier schon

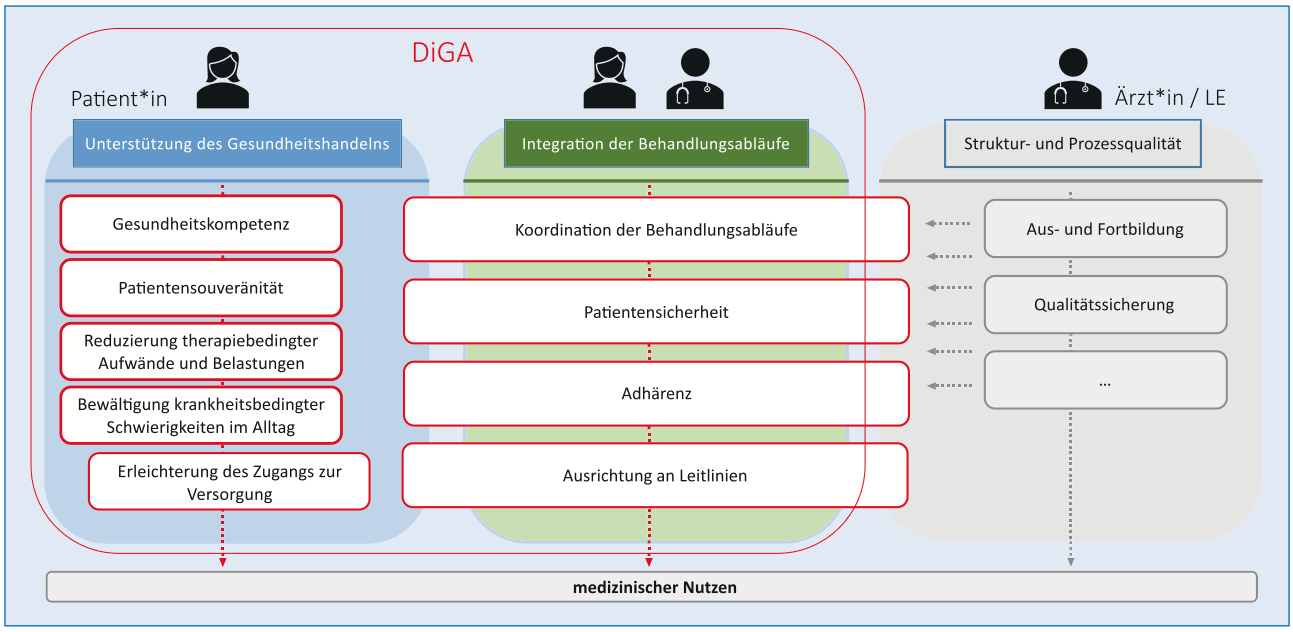


Abbildung 1: Die patientenrelevanten Struktur- und Verfahrensverbesserungen durch die DiGA.

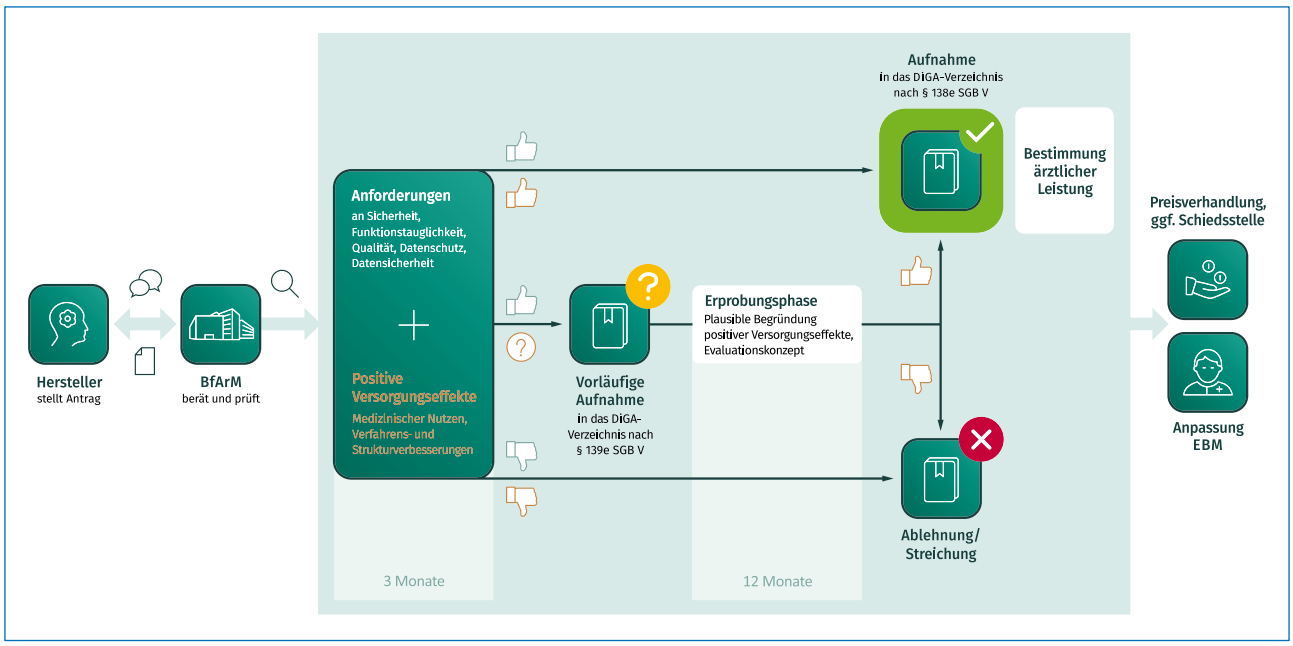


Abbildung 2: © (BfArM) Der Ablauf eines Aufnahmeverfahrens in das DiGA-Verzeichnis.

angeschnitten wurde, ist die Tatsache, dass die App nicht nur eine Unterstützung für Patient:innen ist, sondern auch für Ärzt:innen als Dokumentation des Behandlungsfortschritts dienen können. Zum einen können Hausärzt:innen so erkennen, wie sich Patient:innen seit dem letzten Praxisbesuch verhalten haben, zum anderen können auch Spezialist:innen in anderen Praxen oder Krankenhäusern schnell einen Überblick über das Krankheitsbild, die Gesundheitskompetenz oder die Therapieumsetzung von Patient:innen erhalten.

DiGA sollen im Idealfall sowohl von Patient:innen und Ärtz:innen genutzt werden, um in die bestehenden Handlungsabläufe integriert werden. Patient:innen soll eine DiGA helfen das Gesundheitshandeln zu verbessern. Ärzte und Ärztinnen soll die App dabei helfen die Struktur und Prozessqualität zu erhöhen.

03 Das Aufnahmeverfahren in das sogenannte DiGA-Verzeichnis des BfArM

Nachdem im ersten Teil dieser Arbeitshilfe erklärt wurde, was DiGA sind und welchen Nutzen sie für Patient:innen und Ärzt:innen haben können, folgt nun eine Aufschlüsselung des Aufnahmeverfahrens in das sog. DiGA-Verzeichnis des BfArm. *Ohne Aufnahme in dieses Verzeichnis* darf eine Gesundheits-App nicht als DiGA bezeichnet werden und so auch *nicht* von Ärtz:innen *verschrieben werden*. Auf diesem Aspekt geht diese Arbeitshilfe im nächsten Abschnitt noch genauer ein. Vorher soll aber geklärt werden, wie eine Gesundheitdapp überhaupt zur DiGA werden kann.
Als erstes müssen Hersteller:innen einen Antrag beim BfArM stellen, ihre Gesundheits-App in das DiGA-Verzeichnis aufzunehmen. Daraufhin berät das BfArM und prüft den Antrag. Dieser Prozess kann bis zu drei Monaten dauern. Hier wird geprüft, ob die App die Anforderungen des BfArM erfüllt und ob ein positive Behandlungseffekte zu erkennen sind).

Bei dieser Prüfung können drei Ergebnisse herauskommen. Wenn die Ge-sundheits-App die Aufnahmekriterien des BfArM vollständig erfüllt, wird die App gemäß § 139e SGB V in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Erfüllt eine App die Anforderungen nicht, wird der Antrag abgelehnt und die App wird nicht in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Die dritte Möglichkeit tritt in Kraft, wenn eine App zwar die Anforderung an Qualität, Sicherheit, Datenschutz etc. besteht, das BfArM sich aber nicht sicher ist, ob die App langfristige, positive Versorgungseffekte hat. In diesem Fall wird die App gemäß § 139e SGB V vorläufig in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen und auch so gekennzeichnet. Im Anschluss an die Prüfung durchläuft diese App eine zwölfmonatige Erprobungsphase. Kann in diesem Zeitraum plausibel begründet werden, inwiefern die App positive Versorgungseffekte erbringt, wird die App nach Ablauf dieser Phase vollständig ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Falls nicht werden sie vollständig gestrichen.

Die Gesundheits-Apps, die als DiGA qualifiziert sind, können dann von Ärzt:innen verschrieben werden.

Aktuell befinden sich bereits 99 Gesundheits-Apps im DiGA-Verzeichnis des BfArM, wobei 26 Apps dauerhaft aufgenommen wurden und 73 sich in der Erprobungsphase befinden.

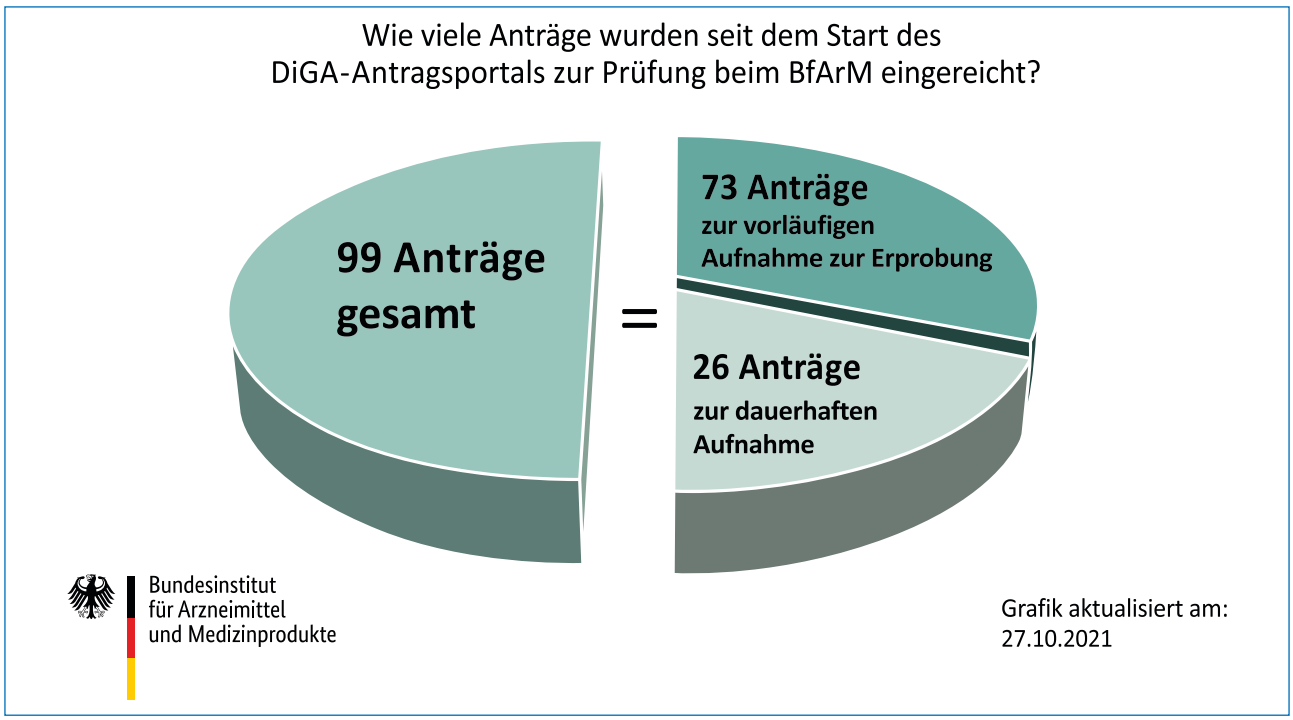


Abbildung 3: © (BfArM) Die Anzahl der eingereichten Anträge seit dem Start der DiGA- Antragsportals zur Prüfung beim BfArM

Es gibt natürlich deutlich mehr Gesundheits-Apps, die in der näheren Zukunft in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen werden könnten. Dabei gibt es Entwickler:innen für viele verschiedene Indikationen.

Der Großteil der potentiellen DiGA setzen sich allerdings mit psychischen Erkrankungen auseinander. Für diesen Bereich gibt es etwa 25 Gesundheits-Apps. Etwa die Hälfte gibt es für Erkrankungen, die das Nervensystem betreffen und Hormon- und Stoffwechselerkrankungen. Auch für Herz-und Kreislauferkrankungen, sowie bestimmte Muskelerkrankungen gibt es schon diverse Angebote. Bei anderen Erkrankungen ist das Angebot bis jetzt noch eher spärlich.

04 Datenschutz

Aufgenommene DiGA müssen sehr hohe Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit erfüllen, die weit über die Anforderungen der europäischen DSGVO hinausgehen:

- Die DiGA müssen zusätzliche Regularien der sogenannten DiGa-Verordnung erfüllen, deren Einhaltung bei der Zertifizierung und Zulassung geprüft wird.

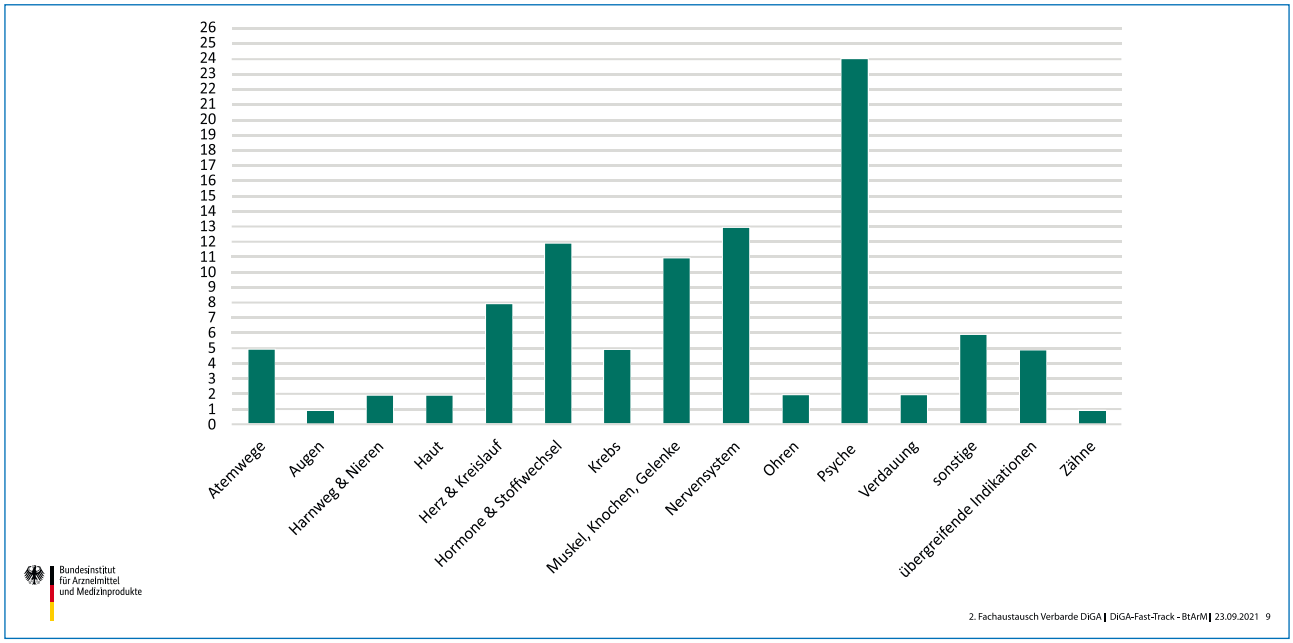


Abbildung 4: © (BfArM) Anzahl der Beratungsgespräche mit potenziellen DiGA-Herstellern

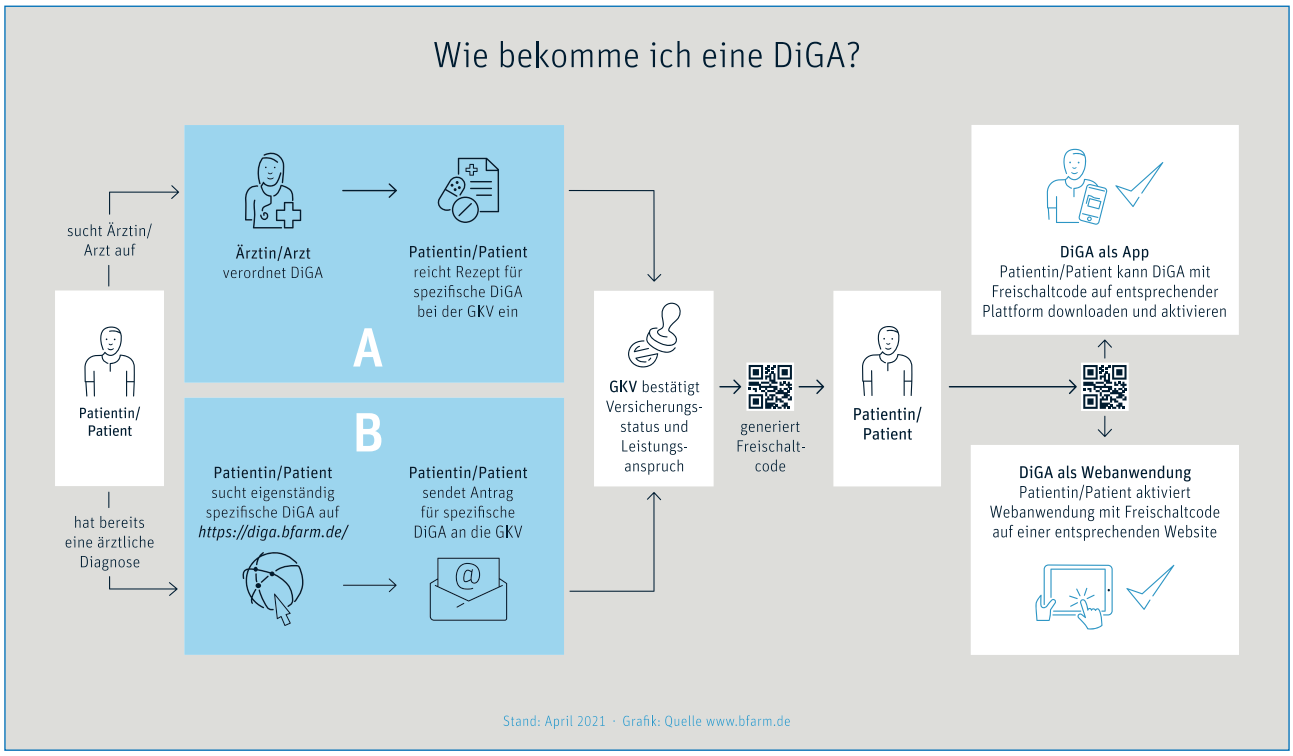


Abbildung 5: (vfa.) Die zwei Wege wie Patient:innen eine DiGA bekommen können.

- Daten aus DiGA dürfen per Gesetz ausschließlich auf Servern in Deutschland oder der EU gesichert werden.
- Ärtz:innen oder Psychotherapeut:innen können nur auf Daten zugreifen, wenn eine eindeutige *Einwilligung der Patient:innen* vorliegt.
- DiGA-Hersteller:innen dürfen Daten *nur für vier definierte Zwecke* verarbeiten (siehe § 4 Absatz 2 DiGAV)
  1. zu dem bestimmungsmäßigen Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendungen durch die Nutzer:innen,
  2. zu dem Nachweis positiver Versorgungseffekte im Rahmen einer Er-probung nach §v139e Absatz 4 des fünften Buches des Sozialgesetzbuches,
  3. zu der Nachweisführung bei Vereinbarungen nach § 134 Absatz 1 Satz 3 des fünften Buches des Sozialgesetzbuches,
  4. zu der dauerhaften Gewährleistung der technischen Funktionsfähigkeit, der Nutzerfreundlichkeit und der Weiterentwicklung der digitalen Gesundheitsanwendungen.
- Die Vorgaben der DiGAV schließen somit auch aus, dass durch die DiGA erhobene Daten für Werbung o.ä. genutzt werden (wie es bspw. aus anderen Apps bekannt ist)
- *Auch Krankenkassen haben keinen Zugriff* auf die Daten aus einer DiGA.

05 Wie können Patient:innen eine DiGA bekommen?

Es gibt zwei Wege, auf denen Patient:innen DiGA erhalten können. Die erste Möglichkeit ist die Verschreibung durch Ärzt:innen. Patient:innen bekommen DiGA in der Praxis verordnet. Dann wird das Rezept für spezifische DiGA bei der GKV eingereicht. Die GKV bestätigt den Versicherungsstatus und Leistungsanspruch.

Alternativ können Patient:innen auch selbstständig beim BfArM nach passenden DiGA suchen und einen Antrag für eine spezifische DiGA bei der GKV einreichen. Auch hier kann die GKV dann den Versicherungsstatus und Leistungsanspruch bestätigen.

Auf beiden Wegen erhalten Patient:innen einen Freischaltcode von der GKV und können somit DiGA nutzen. DiGA können sowohl als App und als Webanwendung genutzt werden.

Quelle:
Nach der Arbeitshilfe der BAG-Selbsthilfe – Januar 2022

Ein Jahr „App auf Rezept“

– Patientennutzen auf dem Prüfstand

Foto: AdobeStock / Brian Jackson

Damit der Rauchstopp gelingt, die Blutzuckerwerte konstant gut bleiben oder starkes Übergewicht sinkt, müssen Patienten die eigene Krankheit dauerhaft im Blick haben. Dabei helfen inzwischen erstattungsfähige *digitale Gesundheitsanwendungen* (DiGAs). Wie steht es um die sogenannte „App auf Rezept“ nach einem Jahr der Einführung? Eine Einschätzung und einen Ausblick gaben Expertinnen und Experten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) beim DGIMTalk am 8. November 2021.

Nachdem die Bundesregierung vor über einem Jahr den Weg für „smarte Hilfsangebote“ (DIGA´s) mit Handy, Tablet oder Computer frei gemacht hat, drängen immer mehr Anbieter digitaler Produkte auf den Markt. Inzwischen sind 24 Apps – zumindest vorläufig – vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfARM) in das *DiGA-Verzeichnis* aufgenommen worden und können etwa Betroffene mit

- Diabetes oder nach
- Schlaganfall

verschrieben werden. Inwieweit die digitalen Anwendungen den Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung ihrer Erkrankung im Alltag helfen, gilt es allerdings zu prüfen. „Die in Apps systematisch erfassten Gesundheitsdaten stehen in Deutschland unter besonderem Schutz. Ihren *Nutzen* zu belegen, ist daher eine Herausforderung für die klinische Forschung“, sagt Professor Dr. med. Friedrich Köhler, stellvertretender Vorsitzender der DGIM-Kommission Digitale Transformation in der Inneren Medizin, Arbeitsbereich Kardiovaskuläre Telemedizin am Campus Charité Mitte.

Prof. Dr. med. Friedrich Koehler, Charité Berlin

Quelle:
nach einer Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) vom 03.11.2021

COVID-19: Geimpft und trotzdem auf Intensivstation?

8 Risikofaktoren

Foto: AdobeStock / sudok1

Endlich wird im Intensivregister der Deutschen Intensivmediziner-Vereinigung (DIVI) – seit Mitte Dezember 2021 – auch der Impfstatus der auf Intensivstationen aufgenommenen Patienten erfasst. Für den Zeitraum vom 14.12.2021 bis zum 12.01.2022 lag der Impfstatus von 8.912 COVID-19-Patienten vor, was etwa 90 Prozent aller in diesem Zeitraum erfassten Aufnahmen (9.946) entspricht.

Aus den Daten geht hervor, *dass fast zwei Drittel (*62 Prozent, 5.521 Patienten) *aller Neuaufnahmen von Patienten mit COVID-19 in diesem Zeitraum in den deutschen Intensivstationen ungeimpft* waren. Zusätzlich knapp 9,6 Prozent der Patienten (856 Patienten) wiesen einen unvollständigen Immunschutz auf. Sie waren also genesen ohne Impfung oder hatten nicht beide Impfungen erhalten. Aber: Über ein Viertel der mit COVID-19-Infektionen (28,4 Prozent, 2.535 Patienten) waren in diesem Zeitraum vollständig geimpft. Der hohe Anteil an Geimpften auf den Intensivstationen relativiert sich vor dem Hintergrund der Impfquoten. Setzt man die Zahlen der Geimpften und Ungeimpften auf den Intensivstationen ins Verhältnis zur Anzahl aller geimpften und ungeimpften Menschen in Deutschland, zeigt sich: Ungeimpfte haben ein deutlich höheres Risiko zu einem schweren Krankheitsverlauf und zu einer Aufnahme auf einer Intensivstation.

Geimpfte Patienten auf den Intensivstationen haben mindestens einen von 8 Risikofaktoren

Die US-Gesundheitsbehörde **C**enters for **D**isease **C**on trol and Prevention (**CDC**; englisch für „Zentren für Krankheitskontrolle und -prävention“) hat die Frage überprüft, welche Faktoren dazu führen, dass gegen COVID-19 vollständig Geimpfte dennoch auf einer Intensivstation behandelt werden. In ihrem Bericht schreibt sie dazu, dass vollständig Geimpfte nur dann intensivmedizinisch behandelt werden müssten, wenn mindestens einer von 8 Risikofaktoren bei ihnen vorliegt.

Grundlage für die Analyse sind die Daten von knapp 1,2 Millionen vollständig geimpften US-Amerikanern. Bei nur 0,015 Prozent der Patienten kam es laut der Forscher dennoch zu einem schweren COVID-19-Verlauf. Mit 0,0033 Prozent war ein durch COVID-19-verursachter Tod noch deutlich seltener. Die Wissenschaftler konnten danach in ihrer Analyse **8 Risikofaktoren** für einen schweren Verlauf identifizieren:

- Alter ab 65 Jahren
- Immunsuppression
- Erkrankung der Lunge
- Lebererkrankung
- chronische Niereninsuffizienz
- neurologische Erkrankung
- Diabetes
- Herzerkrankung

78 Prozent aller der Geimpften in Deutschland, die an Corona verstarben (Quelle: RKI und DIVI), wiesen mindestens 4 dieser Risikofaktoren auf. Die Analyse zeigt, dass eine vollständige Impfung eine hohe Schutzwirkung vor einem schweren Verlauf der Erkrankung – zumindest zeitweise – bewirkt.

Der Omikron-Impfstoff kommt

Das Unternehmen Biontech und sein US-Partner Pfizer kündeten Ende Januar den Produktionsstart ihres neuen Omikron-Impfstoffs und den Beginn einer klinischen Studie an. Nach jetzigem Kenntnisstand und wenn die behördlichen Genehmigungen dann vorliegen, sollte im April mit der Auslieferung des Impfstoffs begonnen werden.

Aktiv im Alltag - Atemübungen ohne Gerät

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

Training der aufrechten Körperhaltung

Ausgangsstellung:
aufrechter Sitz oder stabiler Stand mit gebeugten Beinen, die Hände über Kreuz auf die Schultern legen

Den Oberkörper langsam nach vorne beugen und langsam wieder aufrichten, dabei ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) fließen lassen.

Variation:
die Stellung vorne halten, ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) fließen lassen und die Fersen im Wechsel abheben und absetzen.

Übung 2

Ausgangsstellung:
aufrechter Sitz mit hochgezogenen Zehenspitzen oder stabiler Stand mit abgehobenen Fersen, den Oberkörper nach vorne beugen, die Arme in U-halte nehmen und die Daumen zeigen zur Decke hoch

Im Wechsel einen Arm nach vorne in die Verlängerung zum Rücken strecken, dabei ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) fließen lassen.

Variation:
beide Arme gleichzeitig, dabei ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) fließen lassen.

Übung 3

Training der aufrechten Körperhaltung

Ausgangsstellung:
aufrechter Sitz mit hochgezogenen Zehenspitzen oder stabiler Stand mit abgehobenen Fersen, den Oberkörper nach vorne beugen, eine Hand ist am Hinterkopf und die andere Hand ist im Bereich der Lendenwirbelsäule

Die Arme langsam wechseln und dabei den Oberkörper stabil halten. Ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) fließen lassen.

Übung 4

Ausgangsstellung:
aufrechter Sitz, das rechte Bein gebeugt abheben und mit beiden Händen umfassen. Den Oberkörper nach hinten führen

Den rechten Arm nach hinten in die Verlängerung führen, den linken Arm ebenfalls nach hinten nehmen- die Daumen zeigen nach hinten.

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

Seitenwechsel (nun das linke Bein gebeugt anheben und mit beiden Händen umfassen)

Übung 5

Ausgangsstellung:
stabiler Stand in der Hockbeuge, den Oberkörper gerade nach vorne beugen, die Arme an den Hinterkopf setzen

Ein Bein anwinkeln und nach hinten strecken, dabei ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) fließen lassen- evtl. zur Stabilisation die Zehenspitzen hinten absetzen. Nach einigen Wiederholungen: Seitenwechsel.

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

Björn Steiger Stiftung – Wegweiser für das Rettungswesen

„Wir helfen Leben retten“. Kleine Stiftungsgeschichte

Notfalltelefon am See

Das rote Emblem der Björn Steiger Stiftung ist auch als „Steiger-Stern“ bekannt geworden. Tatsächlich symbolisiert der vermeintliche „Stern“ eine Straßenkreuzung mit sieben Abzweigungen. Denn es waren sieben Gleichgesinnte, die am 7. Juli 1969 gemeinsam mit Siegfried und Ute Steiger im württembergischen Winnenden die Stiftung ins Leben riefen. Benannt wurde sie nach ihrem achtjährigen Sohn Björn, der wenige Wochen zuvor bei einem Verkehrsunfall ums Leben gekommen war.

Am 3. Mai 1969 wurde Björn auf dem Heimweg vom Schwimmbad von einem Auto angefahren. Obwohl seine Verletzungen eigentlich nicht schwer waren, überlebte er nicht. Björn starb auf dem Weg ins Krankenhaus am Schock, weil der sofort alarmierte Krankenwagen erst nach 56 Minuten eintraf. Es war diese persönliche Tragödie der Familie Steiger, die zu ihrer Lebensaufgabe werden sollte: Die Notfallhilfe in Deutschland grundlegend zu verbessern. Keine anderen Eltern sollten das durchmachen müssen, was sie selbst erlebt hatten, nur weil Hilfe nicht rechtzeitig eintraf.

Was aus heutiger Sicht für ein westliches Industrieland im 20. Jahrhundert kaum vorstellbar erscheint, war damals traurige Realität. Vielerorts gab es keinen Rettungsdienst im heutigen Sinne, sondern lediglich unbegleitete Krankentransporte. Bis Anfang der 1970er Jahre war das Rettungswesen in Deutschland nicht flächendeckend staatlich organisiert, sondern wurde überwiegend der Initiative von gemeinnützigen Hilfsorganisationen vor Ort überlassen, die wiederum auf das ehrenamtliche Engagement von Freiwilligen angewiesen waren. Es gab daher weder Rettungsleitstellen noch Funkverkehr zwischen den „Krankentransportwagen“ (so die korrekte Bezeichnung). An Bord befanden sich lediglich eine Trage, einfaches Verbandsmaterial und manchmal auch eine Sauerstoff-Flasche. Außer in Großstädten waren die Fahrer in der Regel allein unterwegs. Vereinzelt gab es bereits sogenannte „Transportsanitäter“, deren Qualifikation jedoch nicht ansatzweise mit dem heutigen hauptberuflichen Rettungspersonal vergleichbar war.

Dementsprechend lange konnte es dauern, bis im Notfall Hilfe eintraf, geschweige denn der Patient medizinisch versorgt wurde. Die Überlebenschance von Unfallpatienten war damit in der Bundesrepublik Deutschland bis Anfang der 1970er Jahre mehr oder weniger Glückssache. So verstarben beispielsweise im Jahr 1964 nach

Angaben des Deutschen Roten Kreuzes 28 Prozent der Opfer noch am Unfallort und weitere zehn Prozent auf dem Weg ins Krankenhaus. Im Jahr 1970 erreichte die Zahl der Verkehrstoten mit 21.332 einen neuen, traurigen Rekord. Björns sinnloser Unfalltod war also nur eines von vielen ähnlichen Schicksalen.

Vom Krankentransport zum Rettungsdienst

Die Steigers und ihre Mitstreiter taten, was Bürger eben tun können: Sie engagierten sich, riefen und schrieben Politiker und Prominente an, um mit deren Hilfe den Weg für eine bessere Notfallhilfe zu bereiten. 6.000 Briefe tippte allein Ute Steiger dafür eigenhändig auf der Schreibmaschine. Die Hilfsbereitschaft der Deutschen war enorm, viele rührte Björns tragisches Schicksal. Von dem gespendeten Geld kauften die Steigers alles, was Retter so brauchen konnten, und spendeten es an Hilfsorganisationen: Hier einige Funksprechgeräte für Krankenwagen, dort ein komplettes Notarztfahrzeug, schließlich einen Rettungshubschrauber. Um die Finanzierung von größeren Anschaffungen zu ermöglichen, verpfändeten sie sogar ihr Privathaus.

Am 6. Dezember 1971 schenkte die Stiftung schließlich jedem Bundesland einen modernen Rettungswagen mit medizinischer Ausstattung. Für mindestens vier Bundesländer war es das erste Fahrzeug dieser Art. Das Prinzip „Jetzt habt ihr hier einen Rettungswagen, nun macht mal schön Rettungsdienst“ sollte tatsächlich funktionieren. Noch vor Weihnachten 1971 erklärten die Landesregierungen von Hessen, Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Schleswig-Holstein, ihre Rettungsdienste nach den Vorschlägen der Stiftung ausbauen zu wollen. Dies war die Initialzündung für den Aufbau des modernen Rettungsdienstes in Deutschland mit medizinischer Notfallversorgung vom Unfallort bis in die Notaufnahme. Doch bis dahin sollte es ein weiter Weg sein.

Der Notruf ruft

Das Problem begann bereits mit der simplen Frage, wie man im Notfall überhaupt Hilfe alarmieren sollte. Erreichbar waren die vorhandenen ehrenamtlichen Helfer eigentlich nur für Ortskundige, denn damals verwendeten die meisten Hilfsorganisationen vor Ort eigene Notrufnummern, wie etwa die Ortsvereine des Deutschen Roten Kreuzes. Wenn man Glück hatte, war diese Nummer handschriftlich auf der Wählscheibe des nächsten Telefons vermerkt.

Die einheitlichen Notfallnummern 110 und 112 waren im Prinzip zwar bereits seit den 1950er Jahren bei der Bundespost verfügbar, wurden jedoch nur in einigen wenigen Großstädten tatsächlich genutzt. Eine bundesweite Freischaltung sei technisch zu kompliziert und praktisch unbezahlbar, behauptete die Politik. Im Frühjahr 1973 trat die Stiftung in allen Ortsnetzen im Regierungsbezirk Nordwürttemberg erfolgreich den Gegenbeweis an, doch das gute Beispiel half noch nicht entscheidend.

Im Herbst 1973 verklagte Siegfried Steiger schließlich das Land Baden-Württemberg stellvertretend für die Bundesrepublik Deutschland wegen vorsätzlicher unterlassener Hilfeleistung. Die Klage selbst wurde zwar wie erwartet vor Gericht abgewiesen. Doch die öffentliche Aufmerksamkeit war inzwischen so groß geworden, dass die Bundesregierung am *20. September 1973* in Abstimmung mit den Bundesländern beschloss, die *Notrufnummern 110 und 112 flächendeckend* einzuführen. Nur wenig bekannt ist bis heute, dass die Notrufnummer 112 seit 1991 in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union freigeschaltet ist („Euronotruf“). Denn Notfälle machen ja bekanntlich nicht an Grenzen halt.

Die Telefonzelle für unterwegs

Doch mit dem Privatanschluss allein war es nicht getan. Wieviele Verkehrsunfälle ereignen sich schon direkt vor der eigenen Haustür? Natürlich gab es öffentliche Fernsprecher, doch auch dies sollte ein zähes Unterfangen werden. Erst ab 1984 war es in der Bundesrepublik möglich, in Telefonzellen einen Notruf kostenfrei abzusetzen. Bis dahin musste man tatsächlich immer 20 Pfennige zur Hand haben, um Hilfe zu holen. Anfangs verteilte die Stiftung tatsächlich Pappkarten mit zwei Groschen für den „münzfreien Notruf“. Doch die aufgedruckte Mahnung „Halt – nicht als Parkzehner verwenden!“ ließ bereits erahnen, dass dies auf Dauer keine wirkliche Lösung sein konnte.

Im digitalen Zeitalter sind Notrufe von unterwegs zum Glück sehr viel unkomplizierter, da die meisten Menschen heute ein Handy dabeihaben. Für diese ist eine *kostenlose Notruffunktion* inzwischen *gesetzlich vorgeschrieben*. Da Mobiltelefone anfangs nicht über eine Standortkennung verfügten, investierte die Stiftung in ein Handy-Ortungssystem im Notfall. Dies ist heute nicht mehr erforderlich dank „Advanced Mobile Location“ (AML). Diese Technologie übermittelt bei einem Notruf heute automatisch den Standort eines Mobiltelefons, den die zuständige Rettungsleitstelle dann abrufen kann. Denn anders als in einer Telefonzelle wissen Ersthelfer mit Mobiltelefon im Notfall nicht immer, wo genau sie sich gerade befinden, was die einmal alarmierten Retter wertvolle Zeit bei der Anfahrt kosten kann.

Felix für Neugeborene

Da weiß man, wo man ist?

Über viele Jahre prägten die unverwechselbaren *Notrufsäulen* das Straßenbild an zahlreichen Bundesstraßen und Autobahnen. Heute sind sie nicht mehr so häufig am Straßenrand zu sehen, dafür aber vermehrt am Ufer von Seen und Stränden. Denn auch im Zeitalter der mobilen Kommunikation sind standortgebundene Notruftelefone nach wie vor unverzichtbar. Im Sommer lassen Badegäste ihr Handy häufig im Auto oder ganz zu Hause, aus Angst vor Diebstahl oder Verlust. Auch im Winter, wenn Schlittschuhläufer auf dem zugefrorenen Wasser unterwegs sind, können die Säulen Leben retten. Im Notfall wissen die Retter jedenfalls immer ganz genau, wo sie hinmüssen.

Im Juli 2019 haben die Björn Steiger Stiftung und der Landesverband der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG) Baden-Württemberg gemeinsam ein Pilotprojekt für Notruftelefone an Binnengewässern begonnen. Schwerpunkte waren zunächst vor allem der Rems-Murr-Kreis und der Bodenseebereich. Die Notrufsäulen der neuesten Generation sind wartungsfrei und werden mit Solarenergie betrieben, auf Erdkabel kann daher verzichtet werden. Beim Absetzen eines Notrufs senden sie ein weithin sichtbares Leuchtsignal aus und übermitteln per GPS ihre genaue Position an die Rettungsleitstelle.

Das Kleine ganz groß denken

Manchmal genügt ein „normaler" Rettungswagen nicht mehr. 1973 entwickelte die Björn Steiger Stiftung das erste Spezialfahrzeug für einen medizinisch sicheren Transport von Frühgeborenen in Deutschland, das 1974 in Stuttgart seinen Dienst aufnahm. Denn die Verlegung von Säuglingen und insbesondere Frühchen von Geburts- oder Kinderkrankenhäusern in Spezialkliniken ist stets mit besonderen Risiken verbunden.

Daher wurde die technische Ausstattung im sogenannten *„Baby-Notarztwagen"* von Beginn an an die speziellen Bedürfnisse der kleinen Patienten angepasst. Der Transportinkubator, eine Art mobiler Brutkasten, ist quer zur Fahrtrichtung eingebaut, da die Beschleunigungskräfte auf die kleinen Körper bei längs im Wagen eingebauten Transportinkubatoren am stärksten wirken. Quer zur Fahrtrichtung fahren die Neugeborenen wesentlich sicherer. Über die Jahre wurde das System wiederholt weiterentwickelt. Das Ergebnis war *„Felix", der erste mobile Intensivarbeitsplatz für Neugeborene*. Er enthält alles, was ein Neu- oder Frühgeborenes auf dem Weg in die Klinik braucht, mit einer Betreuungsqualität auf Klinikniveau während der Fahrt. Das System kann sowohl auf der Straße als auch durch die Luft transportiert werden, ohne dass der Patient umgebettet werden muss.

Welches Herz kann sich in Deutschland sicher fühlen?

Mindestens ebenso wichtig wie ein funktionierender und leistungsfähiger Rettungsdienst ist die Prävention. Daher ist auch der *Kampf gegen den unerwarteten Herztod* schon lange ein Kernthema der Björn Steiger Stiftung. Er gehört nach wie vor zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. Rund 100.000 Menschen sterben jedes Jahr in Deutschland nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand oder Herzinfarkt – viele, weil ihnen nicht oder nicht rechtzeitig geholfen wird. Sie haben nur dann eine Überlebenschance, wenn Ersthelfer sofort mit einer Herzdruckmassage beginnen und innerhalb der ersten drei bis fünf Minuten einen Defibrillator zum Einsatz bringen.

Automatisierter Externer Defibrillator (kurz AED)

Mit einem **A**utomatisierten **E**xternen **D**efibrillator (kurz **AED**) können Ersthelfer nichts falsch machen. Die Geräte sind speziell für Laien ohne medizinische Vorkenntnisse konzipiert. Sie leiten die Ersthelfer per Sprachanweisung durch die Wiederbelebungsmaßnahmen und prüfen selbstständig, ob und in welcher Intensität ein Stromstoß erforderlich ist, um ein aus dem natürlichen Takt geratenes Herz wieder in den richtigen Rhythmus zu bringen. Seitdem die ersten Geräte 1976 in den Vereinigten Staaten auf den Markt kamen, setzt sich die Stiftung für eine flächendeckende Verbreitung dieser sogenannten Laien-Defibrillatoren in Deutschland ein. Obwohl die Geräte in den USA von Beginn an erfolgreich im Einsatz waren, blieb das Thema Früh-Defibrillation in Deutschland unter Medizinern lange Zeit umstritten. Erst im Jahr 2001 wurde die amtliche Zulassung erteilt. Seitdem hat die Stiftung rund 29.500 Defibrillatoren mit stiftungseigenen Projekten in Umlauf gebracht. Sie betreut außerdem weitere 14.500 Geräte, die von anderen Organisationen übernommen wurden.

Im Rahmen der besonderen *Initiative „Herzsicher"* stattet die Stiftung seit 2013 ganze Landkreise, Städte und Gemeinden mit Defibrillatoren aus und schult Lehrer, Mitarbeiter von Unternehmen oder Behörden sowie ganz normale Bürger in Wiederbelebungsmaßnahmen. Geplant ist die flächendeckende Umsetzung im gesamten Bundesgebiet mit dem Ziel, *je 1.000 Einwohner mindestens ein AED-Gerät öffentlich verfügbar* zu machen.

Die Notfallversorgung in Deutschland ist selbst zum Notfall geworden

Was hat sich seit Björn Steigers Unfalltod vor über 50 Jahren verändert? Die Zahl der Verkehrstoten ist von über 21.000 im Jahr 1970 auf rund 2.500 im Jahr 2021 gesunken, dank immer besserer Sicherheitssysteme im Straßenverkehr, aber auch dank einer professionellen Notfallversorgung. Heute gibt es eine einheitliche Notrufnummer für ganz Deutschland, die jedes Kind kennt und mit der in der Regel innerhalb weniger Minuten ein Notarzt oder Rettungswagen mit medizinischer Ausstattung und qualifiziertem Personal alarmiert werden kann. So verlangen es jedenfalls die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer.

Dieser Fortschritt ist erfreulich. Dennoch gibt es weiterhin dringenden Reformbedarf, nicht nur, weil die *vorgeschriebenen Hilfsfristen von höchstens 10 bis 15 Minuten i*n ländlichen Gebieten häufig nicht eingehalten werden. In 50 Jahren sind nicht ein einheitliches, sondern mindestens 16 verschiedene Rettungswesen in Deutschland entstanden. Vor allem infolge fehlender einheitlicher Standards droht die Notfallhilfe in Deutschland daher selbst immer mehr zum Notfall zu werden. Spätestens mit der Coronapandemie ist das *föderale Kompetenz-Wirrwar* in der Bundesrepublik für alle Bürger im Alltag spürbar geworden.

Initiative Herzsicher: Zwei künftige Helferinnen beim Training.

„Auch nach fünf Jahrzehnten verfügt Deutschland noch über keinen einheitlichen Stand in der Notfallversorgung. Denn diese ist in jedem Bundesland und innerhalb der Bundesländer teilweise von Landkreis zu Landkreis, von Stadt zu Stadt und letztlich sogar in jedem Rettungsdienstbereich unterschiedlich organisiert. Die Notfallversorgung in Deutschland ist damit längst selbst zum Notfall geworden", sagt *Pierre-Enric Steiger*, Bruder von Björn Steiger und heute Präsident der Stiftung. „Wenn wir eine funktionsfähige, wirksame und effiziente Notfallversorgung in Deutschland wollen, dann werden wir an bundeseinheitlichen Standards nicht vorbeikommen. Das betrifft sowohl die Gesetzgebung als auch die Finanzierung, die Berufsausbildung, die Qualitätsstandards, die Vernetzung der Leitstellen oder den Zugriff auf Gesundheitsdaten wie in Form der *elektronischen Patientenakte*."

Neue Herausforderungen für die Zukunft

Heute macht die Björn Steiger Stiftung auch weiterhin das, was sie am besten kann: Innovationen und neue Entwicklungen im Rettungswesen finden, testen, fördern und auf einen systematischen Weg bringen. Siegfried Steiger verfügte neben einem ausgeprägten „schwäbischen Dickschädel", der ihm einst von Willy Brandts Kanzleramtsminister Horst Ehmke bescheinigt wurde, über eine weitere Eigenschaft, die ihm bei der Erfüllung seiner Lebensaufgabe zugute kam: Offenheit für neue Ideen. Ständig experimentierte die Stiftung mit neuen Entwicklungen, die eine Aussicht auf Verbesserung versprachen.

Das Ergebnis waren zahlreiche, heute mitunter skurril anmutende Entwicklungen wie ein Glatteiswarnsystem oder der treppensteigende Rollstuhl. Nicht alle haben überdauert, doch viele waren wichtige Stationen auf dem Weg zu Weiterentwicklungen, die heute im Rettungswesen nicht mehr wegzudenken sind:

An neuen Ideen für die Zukunft besteht auch weiterhin kein Mangel. Die *App „Darf ich das?"*, die mit Unterstützung der Stiftung entwickelt wurde, bietet einen aktuellen Überblick über die jeweils regional gültigen Coronamaßnahmen der Länder, deren Bestimmungen sich von Landkreis zu Landkreis unterscheiden können. Die Anwendung wurde inzwischen über zwei Millionen Mal heruntergeladen. Deutsche Gesundheitsämter nutzen im Rahmen der Pandemiebekämpfung die von der Stiftung mitentwickelte digitale Infrastruktur IRIS Connect zum Datenaustausch. Und in der Lausitz erprobt ein Konsortium von Wissenschaftlern mit dem Projekt *„RescueFly"* den Einsatz von Drohnen bei der Wasserrettung.

Über all diese Herausforderungen berät mehrmals im Jahr das *„Forum Rettungsdienst"*, das *alle zwei Jahre* außerdem den *„Rettungsdienstkongress"* der Björn Steiger Stiftung ausrichtet. Dort diskutieren Fachleute wie Notärzte, Wissenschaftler und Vertreter von Leitstellen, Krankenkassen und Rettungsdiensten auf Einladung der Stiftung aktuelle Entwicklungen in der Notfallversorgung. Sie verdienen es, dass wir ihnen zuhören.

Björn Steiger Stiftung

Auf dem Heimweg vom Schwimmbad wurde der achtjährige Björn Steiger von einem Auto erfasst. Es dauerte fast eine Stunde, bis der Krankenwagen eintraf. Björn starb am 3. Mai 1969 nicht an seinen Verletzungen, er starb am Schock. Seine Eltern Ute und Siegfried Steiger gründeten daraufhin am 7. Juli 1969 die Björn Steiger Stiftung als gemeinnützige Organisation mit dem Ziel die deutsche Notfallhilfe zu verbessern. **Meilensteine** dieses Engagements sind z. B.

- Der weltweit erste rund um die Uhr besetzte Notarztdienst in Stuttgart,
- die Einführung eines bundesweit einheitlichen und kostenfreien Notrufs 110/112,
- die Verbreitung von Notruftelefonen an deutschen Straßen (neben Netze zur Streckenkontrolle) und Binnengewässern,
- Aufbau der Luftrettung,
- Organtransport- und Baby-Notarztwagen,
- die Einführung des Sprechfunks im Krankenwagen,
- Handy-Ortung im Notfall,
- eine zentrale Leitstellen-Strategie.

Heute ein absolutes Zukunftsthema:

- Der *weltweit erste Notarztwagen mit Telematik-Ausstattung*, die Patientendaten bereits auf dem Weg ins Krankenhaus übermitteln kann.

Aktuelle Initiativen widmen sich insbesondere dem Kampf gegen den Herztod, der Breitenausbildung in Wiederbelebung, der Sensibilisierung von Kindern und Jugendlichen für den Notfall und dem Frühgeborenentransport.

Autor:
Dr. Jens Kreutzfeldt

Björn Steiger Stiftung
Pressestelle
Tel. 07195 30 55-0
Fax 0 7195 30 55-999
Email: pressestelle@steiger-stiftung.de
www.steiger-stiftung.de

Helfen Sie uns beim **Kampf gegen den Herztod!**

Björn Steiger Stiftung

T +49 7195-30 55-0
E info@steiger-stiftung.de
H www.steiger-stiftung.de

Spendenkonto:
DE51 6126 2345 0004 4440

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

16 Jahre Lungensport in Wiesbaden

– GYM wieder am Start

Der „LUNGENSPORT GYM“ wurde 2014 zum 10. Jahrestag gestiftet. Er war bis 2019 bei 11 Mitgliedern zu Hause.

2020 stand unser „Oskar der Lungensportgruppen“ pandemiebedingt auf dem Abstellgleis. Vergangenes Jahr im Juni durften wir endlich wieder mit unseren fünf Gruppen starten. Am Jahresende stand das neue Ziel fest: Kemel im Taunus.

Überreicht wurde der GYM privat Ende Dezember an unser Mitglied Frau Edeltraut Schönau (Bild). Selbstverständlich trägt der Pokal auch ihren Namen.

Mit dem GYM senden wir gleichzeitig an alle die G-Regeln für 2022:

G 1 – Gesund
G 2 – Glücklich
G 3 – Genussvoll
G 4 – Gelassen
G 5 – Geduldig
G 6 – Geliebt
G 7 – Geborgen
G 8 – Gesellig
G 9 – Geerdet
G 10 – Gute Gedanken
G 11 – GYM

Mit den vielen persönlichen G’s motivieren wir für 2022

- Sich regelmäßig sportlich zu betätigen
- Aktiv etwas für seine Gesundheit zu tun
- Erlernte Lungensport-Techniken in den Alltag zu integrieren
- Andere Betroffene für den Lungensport zu gewinnen

Auf unser hoffentlich kommendes Sommerfest mit Weitergabe des Pokals freuen wir uns schon.

Lothar Wern
Ortsverband Wiesbaden der
Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V.

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

Im Flyer 25 der Deutschen Atemwegsliga e.V. wird übersichtlich und gut verständlich zum Thema Lungenembolie, ihrer Entstehung im Kreislauf, der Unterscheidung zwischen akut und primär chronisch, der medizinischen Diagnostik vor allem aber zur Akut- und längerfristigen Therapie sowie möglichen Langzeitkomplikationen und ihren Folgen bzw. der Vermeidung informiert.

Auch im dritten Jahr eingeschränkter Alltagsaktivitäten und Gefährdungen durch COVID-19 können andere begleitende Komplikationen oder Erkrankungen wie z. B. die Lungenembolien nicht außer Acht gelassen werden. Hierrüber informiert der Flyer 25 der Deutschen Atemwegsliga e.V.

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

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

Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

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

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

Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer
Nordrhein-Westfalen		
Dortmund	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Duisburg	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Essen	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Gelsenkirchen	Werner Broska	0177 / 767 69 85
	Selbsthilfe-Kontaktstelle	0209 / 913 28-10
Hagen	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Lüdenscheid	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Moers-Niederrhein	Petra Arndt	02841 / 41 484
Rheda-Wiedenbrück	Heinz-Jürgen Belger	05242 / 56 786
Wuppertal	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Rheinland-Pfalz		
Alzey	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Bernkastel-Wittlich	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/rh2010, ananaline (ribbon)
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

Meine Lunge Mein Leben

VERMEHRT HUSTEN ODER ATEMNOT?

SPRECHEN SIE MIT IHREM ARZT/IHRER ÄRZTIN!

COPD

Mehr Informationen über die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) finden Sie auf unserer Website

www.copd.de

DE-35960/21

AstraZeneca
22880 Wedel | www.astrazeneca.de

Chiesi

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